

# Rapport sur l'appropriation du *guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées - GEVA*

*Décret no 2008-110 du 6 février 2008, article 2 :*

*« Le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée donne lieu à un bilan établi par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de l'arrêté prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles. Ce bilan est remis au ministre chargé des personnes handicapées. »*

## Remerciements

La CNSA souhaite remercier pour leur participation à l'élaboration de ce rapport :

- le délégué interministériel aux Personnes handicapées, Patrick Gohet, qui a installé et suivi les travaux du comité de suivi et d'appropriation du GEVA
- l'ensemble des membres du comité de suivi et d'appropriation du GEVA :
  - Les associations : Laurence Godefroy pour l'Association française contre les myopathies (AFM), Malika Boubekeur pour l'Association des paralysés de France (APF), Henri Faivre pour le Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés (CLAPEAHA), Claude Chambet pour le Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CNPSAA), Jean Canneva, Bertrand Escaig et Patrice Van Amerongen pour l'Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et handicapées psychiques (UNAFAM), Jean-Marc Ducoudray et Marie-France Epagneul pour l'Union nationale des parents et amis des personnes handicapées mentales (UNAPEI), Jérémie Boroy pour l'Union nationale pour l'insertion sociale des déficients auditifs (UNISDA).
  - Le représentant de l'Assemblée des départements de France, Jean-Michel Rapinat.
  - Les représentants des administrations : Pierrette Tisserand, Patrick Risselin et Chantal Erault pour la Direction générale de l'action sociale, Françoise Senequier, Jacques Cochard et Jean-François Hatte pour la Délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle, Pierre-François Gachet et Valérie Capuano-Delestre pour la Direction générale de l'enseignement scolaire.
  - Les représentants des maisons départementales des personnes handicapées : Dominique Cunat pour la MDPH des Alpes Maritimes, Véronique Didion pour la MDPH de Côte d'Or, Frédéric Tallier pour la MDPH de la Creuse.
  - Les experts : Alain Colvez pour Gerontoclef, Jean-Yves Barreyre pour le Centre d'étude, de documentation, d'information et d'action sociale (CEDIAS) – délégation ANCREAI Ile de France.
- les contributeurs au rapport pour leurs témoignages :
  - Les usagers des différents départements, par l'intermédiaire des associations ou délégations locales des associations, notamment de l'APF.
  - Pour les MDPH, Dominique Frémont et l'équipe de la MDPH de Haute Vienne, l'équipe de la MDPH des Alpes Maritimes, Anne Marseault pour la MDPH d'Eure et Loir.

## Sommaire

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Préambule</b> .....	<b>5</b>
<i>LE GEVA, GUIDE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE COMPENSATION DES PERSONNES     HANDICAPÉES</i> .....	5
<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>I. Le GEVA a trouvé sa place comme outil d'évaluation et comme outil de dialogue</b> .....	<b>12</b>
<b>A. UN OUTIL D'ÉVALUATION QUI SE GÉNÉRALISE</b> .....	12
1. Le GEVA est un outil d'évaluation, reconnu comme tel.....	12
2. Utilisation concrète du GEVA.....	12
<b>B. UN OUTIL DE DIALOGUE AVEC LES PARTENAIRES</b> .....	14
1. Les échanges avec les partenaires de l'évaluation.....	14
2. Les échanges interdisciplinaires.....	15
3. Le compte-rendu à la CDAPH.....	15
<b>II. Les critiques restent vives mais relèvent surtout de la difficulté d'évaluer</b> .....	<b>16</b>
<b>A. LES PRINCIPALES CRITIQUES SONT À NUANCER</b> .....	16
1. L'outil est lourd et complexe à utiliser.....	16
2. L'outil n'est pas adapté à certaines situations.....	18
3. Les outils qu'il prétend remplacer sont plus adaptés.....	20
4. L'outil est complexe pour la personne.....	20
5. D'autres critiques ne s'adressent pas au GEVA directement mais sont formulées à l'occasion du bilan.....	21
<b>B. DIFFICULTÉS PLUTÔT LIÉES AU PROCESSUS D'ÉVALUATION LUI-MÊME</b> .....	22
1. Nécessité de rendre compte.....	22
2. Certaines évaluations sont faites très rapidement et le GEVA ne semble pas adapté à ces circonstances.....	22
3. Désarroi des équipes face à des situations complexes.....	23
4. Difficultés de faire la distinction entre évaluation et préconisation.....	23
5. La prééminence d'une vision biomédicale du handicap et la nécessité d'une culture commune sur le handicap.....	25
6. L'organisation des équipes par demande et non à partir du projet de vie de la personne.....	26
<b>III. Une utilisation des leviers existants, à poursuivre et à diversifier</b> .....	<b>27</b>
<b>A. LES LEVIERS DÉJÀ ACTIVÉS ET À INTENSIFIER</b> .....	27
1. Études et colloques sur l'évaluation.....	27
2. Formation.....	27
3. Développements d'outils.....	29
4. Échanges de pratiques.....	30
5. La GEVA compatibilité.....	31
<b>B. PROSPECTIVE</b> .....	35
1. S'appuyer sur la généralisation de la synthèse à la CDAPH.....	35
2. Faire évoluer le GEVA.....	36
3. Construire des outils complémentaires.....	36
4. Conduire une nouvelle étude en situation du GEVA.....	37
5. Poursuivre les échanges avec les MDPH sur leur organisation.....	38

6. Faire connaître le GEVA aux autres partenaires institutionnels nationaux et locaux.....	38
7. Aller plus loin dans la «Geva compatibilité» d'outils et pratiques cliniques ...	39
<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>42</b>
<i>DU GUIDE À DES OUTILS D'ÉVALUATION PARTAGÉS PAR TOUS : EXPÉRIENCE DE CONSTRUCTION D'UN LOGICIEL GEVA.....</i>	<i>42</i>
<i>L'ÉVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES - SYNTHÈSE DES TRAVAUX PILOTÉS PAR LA CNSA EN 2007 ET 2008.....</i>	<i>44</i>
<i>APPROPRIATION DU GUIDE D'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE PAR LES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES DES MDPH DU CALVADOS, DE LA MANCHE ET DE L'ORNE .....</i>	<i>48</i>

## Préambule

### LE GEVA, GUIDE D'ÉVALUATION DES BESOINS DE COMPENSATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le GEVA constitue l'outil de référence national pour l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées depuis l'adoption d'un décret et d'un arrêté le 6 février 2008.

#### UNE DÉMARCHE PERSONNALISÉE

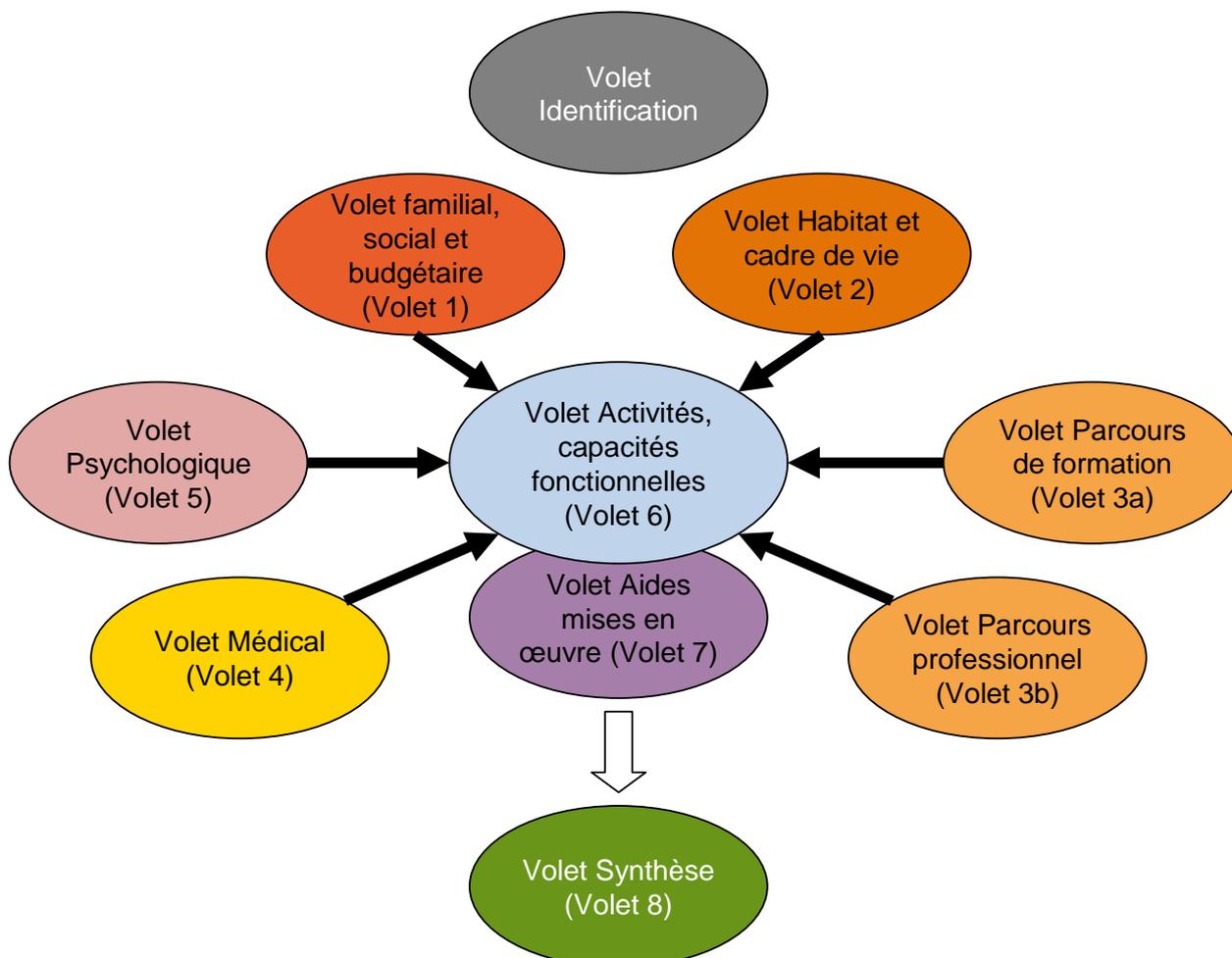
Ce guide, très attendu des associations de personnes handicapées et des professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), vient en appui de l'**évaluation individualisée** et globale de la situation de la personne, élément fondamental introduit par la loi du 11 février 2005. En effet, un outil de référence est nécessaire pour identifier les besoins de compensation de la personne handicapée, afin d'établir une « photographie » de sa situation : ce qu'elle peut ou sait faire, mais aussi ce que son environnement lui permet ou l'empêche de réaliser.

Ni mesure quantifiée du handicap, ni simple outil d'éligibilité, le GEVA constitue le support à cette démarche. Il permet d'explorer, avec la personne handicapée, toutes les dimensions nécessaires à l'évaluation de ses besoins, notamment les aspects professionnel, scolaire, médical, psychologique, environnemental... Il ne se substitue pas aux bilans ou expertises qui pourraient être réalisés par ailleurs, mais les synthétise dans un document unique et commun à toute l'équipe pluridisciplinaire.

#### LES OBJECTIFS DU GUIDE D'ÉVALUATION

-  **Être le support commun aux différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, pour le recueil et l'analyse des informations issues de l'évaluation**
-  **Permettre une approche adaptée à la situation de chaque personne handicapée explorant l'ensemble des dimensions de ses activités et de sa participation à la vie en société**
-  **Favoriser l'harmonisation des pratiques entre les MDPH**
-  **Recueillir des informations permettant une meilleure connaissance des personnes handicapées**

Appui de la fonction d'évaluation, le GEVA se conclut par un volet de synthèse qui détaille les points saillants de la situation de la personne, les éléments nécessaires pour apprécier l'ouverture de droits aux différentes prestations et identifie surtout ses besoins de compensation. C'est sur cette base que des réponses seront proposées à la personne par l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un autre outil prévu par la loi du 11 février 2005, le plan personnalisé de compensation (PPC).



**UNE OBSERVATION COLLECTIVE DES BESOINS POUR L'APPUI À LA DÉFINITION DES POLITIQUES PUBLIQUES.**

Le GEVA est un support majeur de la mise en place de l'**égalité de traitement** des demandes de compensation sur l'**ensemble du territoire** et de la culture commune autour du handicap, portée par la loi du 11 février 2005.

En effet, alors que les réponses doivent être adaptées à la situation de la personne, les besoins doivent pouvoir être évalués avec la même intention globale et une même méthode sur l'ensemble du territoire, en tenant compte à la fois des facteurs personnels (les altérations de fonction) et des facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles à la réalisation des activités). Ce sont les interactions entre ces différents facteurs qui induisent le handicap, c'est-à-dire, selon la définition donnée par la loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société que la personne subit compte tenu de son projet de vie.

Avec le GEVA comme support, l'information recueillie pour l'évaluation est « normalisée », ce qui rend possible une observation collective des besoins au niveau d'un territoire (départemental ou national) pour l'appui à la définition des politiques publiques (schémas) et une appréhension de la situation de chaque personne dans le temps (« passer de la photographie au film »).

### **LE RÔLE DE LA CNSA**

Depuis que le texte est officiel, le travail d'accompagnement de la CNSA consiste en une aide à l'appropriation de cet outil pilotée par un comité de suivi institué le 29 avril 2008. Ce comité réunit des représentants des associations de personnes handicapées et des professionnels qui utilisent ce guide autour du délégué interministériel aux Personnes handicapées et de la directrice de la compensation de la CNSA. Il est notamment chargé de participer au bilan de l'utilisation du GEVA « un an après » conformément à ce que le décret du 6 février demande à la CNSA.

Outre l'élaboration d'une version plus maniable du GEVA et d'un manuel d'accompagnement (voir encadré), divers chantiers sont en cours en lien avec le Conseil scientifique de la CNSA :

- la réalisation d'un document de travail pour l'aide à l'appréciation des difficultés dans l'exécution de certaines activités avec le concours de dix MDPH. Après un test effectué dans celles-ci, ce document a été diffusé à l'ensemble des MDPH dans l'attente d'un travail scientifique de validation ;
- l'analyse des passerelles envisageables entre des outils d'évaluation utilisés par des professionnels en « amont » du GEVA dans des champs particuliers (type de déficience, structures, etc.). Cette analyse est en cours sur plusieurs sites et dans différents contextes, sanitaire et médico-social ;
- la création d'une version informatisée du GEVA. La maquette d'une première version électronique a été réalisée et est actuellement testée dans quelques MDPH. Par ailleurs, les éditeurs informatiques fournisseurs de logiciels des MDPH ont également démarré des travaux d'intégration du GEVA dans les applications qu'ils proposent à leurs clients, afin de passer d'une simple administration des demandes de compensation des usagers à une gestion plus globale et qualitative.

#### **En savoir plus**

- Décret n° 2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)
- Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles
- Version graphique du GEVA
- Manuel d'accompagnement du GEVA

**Ces documents, ainsi qu'une version graphique du GEVA, sont téléchargeables sur le site de la CNSA ([www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)) à la rubrique « documentation ».**

## Introduction

Le bilan prévu par le décret du 6 février 2008 sur l'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées après un an d'utilisation est l'objet du présent rapport.

Il a été élaboré en concertation avec les membres du comité de suivi de l'appropriation du GEVA mis en place début 2008 et composé de représentants des départements, des MDPH, des associations représentant les personnes handicapées, de l'État, d'experts et de la CNSA. Ce document est donc le fruit d'un consensus qui, il faut le souligner, n'a pas été difficile à trouver.

Après un an d'utilisation et sans qu'une étude particulière visant à mesurer cette appropriation n'ait été conduite, il est difficile de tracer un bilan exhaustif. Néanmoins la matière est riche et il semble conforme à l'esprit du texte réglementaire de procéder à un point d'étape après un an d'utilisation à partir de plusieurs sources proches du terrain qui sont les suivantes :

- les retours des équipes d'évaluation venues témoigner lors de rencontres à Paris ou rencontrées dans leur MDPH par la CNSA ;
- les remontées des usagers relayées entre autres par leurs associations nationales ;
- les travaux conduits par le conseil scientifique sur les outils et méthodes, sur la fonction d'évaluation ;
- les travaux conduits pour le compte de la CNSA par des équipes extérieures : étude Deloitte/2i conseil/TNS Healthcare sur l'organisation et les pratiques d'évaluation des besoins des personnes, étude ASDO sur les perceptions par les usagers des outils et démarches d'évaluation<sup>1</sup> ;
- des travaux conduits localement et soutenus par la CNSA : projet CREAL-Basse Normandie sur l'utilisation du GEVA dans les trois départements de la région<sup>2</sup>, projets AIRMES, OSE et HOLE de GEVA-compatibilité, ...

Ce rapport traite la question de l'appropriation selon trois axes :

- la place qu'a effectivement prise le GEVA dans les pratiques des professionnels : l'outil s'installe ;
- les fondements des critiques adressées au GEVA : elles concernent plus le processus d'évaluation de la situation de handicap que l'outil lui-même ;
- les travaux d'accompagnement de cette vaste conduite du changement : ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire.

## Définitions et contexte

Un tel rapport sur l'appropriation du GEVA se doit de commencer par définir ce que signifie « appropriation ». On peut définir ce terme comme « utilisation conforme à l'objectif » mais il convient de l'enrichir de deux idées : l'intégration de l'outil dans un processus global d'évaluation fondé sur les mêmes concepts et l'intégration dans la pratique de chaque évaluateur (une utilisation non artificielle ou « de l'outil pour l'outil »).

---

<sup>1</sup> Résultats disponibles sur le site : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2b.Rapport\\_ASDO\\_avec\\_les\\_annexes.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2b.Rapport_ASDO_avec_les_annexes.pdf)

<sup>2</sup> Synthèse des résultats en annexe de ce rapport.

Il convient également de préciser que dans ce rapport, le terme « évaluation<sup>3</sup> » se réfère à l'évaluation des besoins de compensation de la personne en situation de handicap et non pas à l'évaluation des établissements et services médico-sociaux (loi 2002-2) ou de l'évaluation des besoins en accompagnement médico-sociaux d'une population sur un territoire donné en préparation des schémas.

On parlera ici indifféremment d'évaluation des besoins et d'évaluation de la situation de handicap. Cela sous-entend donc la nécessité d'envisager systématiquement non seulement l'évaluation des caractéristiques de la personne, mais également celles de son environnement ainsi que les interactions entre les deux. Les rédacteurs de ce rapport sont parfaitement conscients de la différence à faire entre ces notions mais adoptent, par souci pratique, cette commodité de langage.

*Divers aspects du handicap sont mieux envisagés sous l'angle de la « situation de handicap » soulageant ainsi la personne handicapée de sa propre responsabilité d'être « handicapée » (usager du Loiret).*

L'outil GEVA dont il est question ici est celui qui a été publié dans l'arrêté du 6 mai 2008 pris en application d'un décret du 6 février et de l'article L 146-8 du code de l'action sociale et des familles ; lequel prévoit qu'« une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. »

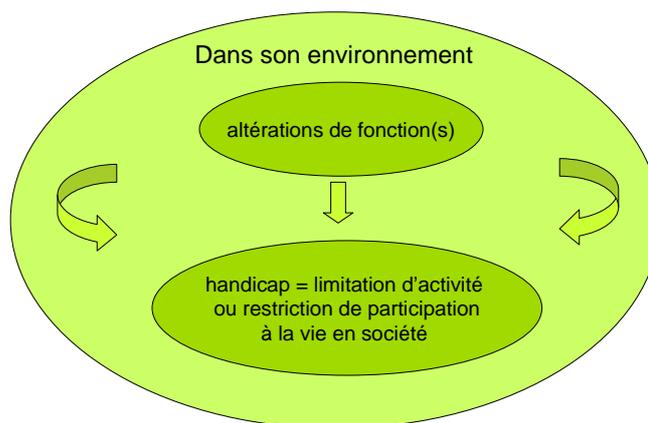
Ces références d'évaluation ont été construites sur la base d'un important travail conduit avant la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 par la mission d'appui aux COTOREP et adapté à la nouvelle prestation de compensation.

---

<sup>3</sup> Voir pour plus de précisions la brochure CNSA Mots-clés de l'aide à l'autonomie « Évaluation » [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Mots-cles\\_Evaluation\\_def.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Mots-cles_Evaluation_def.pdf)

Le GEVA s'appuie largement, comme la loi du 11 février 2005, sur les fondements conceptuels de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé<sup>4</sup> (CIF), qui trouvent une forme de synthèse dans la définition du handicap posée par la loi dans son article 2 :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »



Cette définition, à rebours d'une approche bio médicale et centrée sur l'individu, accorde une part d'importance à l'environnement de la personne et à ses choix de vie. Le GEVA vient éclairer ces différentes dimensions.

Dès 2006, la CNSA a piloté les actions de préparation du texte réglementaire en s'attachant essentiellement à :

- compléter l'outil : meilleure prise en compte de la situation des enfants et de personnes avec une déficience psychique, prise en compte de l'avis de la personne et de son entourage, proposition d'une synthèse de l'évaluation, mise en évidence plus claire de la notion de besoin en amont de la recherche de réponses...
- tester l'outil : auprès de cinq MDPH avec l'objectif de s'assurer *a priori* d'une appropriation convenable par les équipes ;
- diffuser l'outil : une version graphique manipulable par les équipes a été proposée en même temps que la sortie du texte réglementaire<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Publiée par l'OMS en 2001 : voir sur <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>

<sup>5</sup> Disponible sur le site de la CNSA [http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=131](http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=131)

La construction du GEVA a mis en œuvre deux principes forts au centre de la question de l'appropriation :

- Proposer un outil qui permette d'examiner la situation de handicap de la personne en vue de la construction d'un plan personnalisé de compensation (PPC) : l'appropriation de l'outil doit pouvoir se mesurer au regard de son impact sur le nombre de plans personnalisés de compensation produits par les MDPH et leur adéquation aux besoins des usagers.
- Étayer méthodologiquement le nécessaire passage par l'étape de l'évaluation en évitant un « raccourci vers la réponse », matérialisé souvent par l'utilisation exclusive d'une grille d'éligibilité en lieu et place d'évaluation des besoins : l'appropriation de l'outil doit pouvoir se mesurer au contenu des dossiers présentés en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et à leur « richesse ».

Ces principes sont souvent ressentis par les équipes de terrain comme contradictoires avec la nécessité d'assurer une gestion efficace des flux de demandes, une évaluation individualisée à la fois globale et approfondie pour tous apparaissant comme un objectif irréaliste.

Par ailleurs, le GEVA répond à un objectif d'harmonisation du vocabulaire utilisé pour restituer les données d'évaluation des situations de handicap dans une intention de partage de ces informations<sup>6</sup>.

---

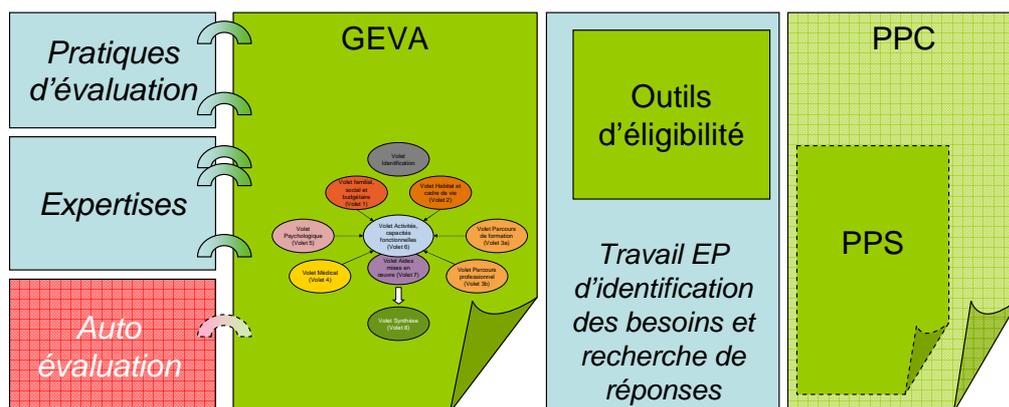
<sup>6</sup> Dans le cadre des dispositions prévues dans l'article L.247-2 du code de l'action sociale et des familles

# I. Le GEVA a trouvé sa place comme outil d'évaluation et comme outil de dialogue

## A. Un outil d'évaluation qui se généralise

### 1. Le GEVA est un outil d'évaluation, reconnu comme tel

L'étude conduite par la CNSA sur les outils et démarches d'évaluation et particulièrement la partie confiée au cabinet ASDO sur le ressenti des usagers, a montré que le GEVA était sans doute le seul outil du paysage à être clairement positionné sur l'évaluation des besoins des personnes. Les autres sont soit des outils d'éligibilité (positionnés sur l'accès à la réponse) soit des outils d'accompagnement à la mise en œuvre (positionnés sur la réponse elle-même). Les professionnels sont très conscients de cette position particulière et la reconnaissent sans difficulté.



Ce constat est tout à fait conforme :

- aux objectifs qui ont présidé à l'élaboration du GEVA : rassembler les données nécessaires à l'évaluation de la situation de handicap ;
- à la manière de l'élaborer : rassemblement de professionnels et d'experts venus chacun avec les éléments nécessaires pour décrire la situation de handicap vécue par des personnes différentes.

### 2. Utilisation concrète du GEVA

Si la place du GEVA est bien reconnue, l'utilisation concrète de l'outil est très hétérogène. Il est difficile de déterminer une réponse univoque à la question « utilisez-vous le GEVA ? ». En effet, de part sa modularité même, l'utilisation du GEVA sur chacune des situations est différente et nécessairement « incomplète ».

En outre, certaines MDPH ont privilégié, dans un souci d'appropriation progressive parfois, l'utilisation de quelques (voire d'un seul) volets seulement. On peut considérer à la fois qu'elles utilisent et qu'elles n'utilisent pas le GEVA.

#### UTILISATION DU GEVA - MDPH 28

L'équation à résoudre est d'assurer le quantitatif (flux des demandes) tout en améliorant le qualitatif (l'évaluation). L'incorporation immédiate et systématique du GEVA comme support à notre évaluation n'a pas été envisagée car source d'inquiétude pour l'équipe et de majoration des délais d'instructions. Notre priorité a été d'apprendre à aborder l'évaluation des besoins d'une personne à travers les différentes facettes de sa situation et ce, quelle que soit la demande. Pour ce faire, à partir du GEVA, les différents professionnels ont pu bâtir des outils maison, des fiches de synthèse... l'objectif étant à chaque fois de se forcer à questionner la situation de la personne dans ses différents aspects afin d'arriver à une véritable appropriation de la nature multidimensionnelle de l'évaluation.

Perspectives : un support informatisé pourrait permettre de passer en douceur à une utilisation plus systématique du GEVA. Par ailleurs, la création prochaine d'un groupe de travail entre la MDPH et les établissements et services médico-sociaux vise à renforcer l'approche multidimensionnelle à travers les éléments que ces partenaires sont susceptibles de nous transmettre, mutualisant ainsi le « temps d'évaluation ».

Conclusion : actuellement nos évaluations ne sont pas « GEVA exhaustives » mais tout à fait « GEVA compatibles ».

L'étude Deloitte/2i conseil/TNS Healthcare sur l'organisation et les pratiques d'évaluation des besoins des personnes, citée *supra*, montre en effet que 77% des MDPH répondantes utilisent l'outil GEVA pour recueillir les données d'évaluation.

L'outil GEVA est majoritairement utilisé de manière partielle : 74% des MDPH répondantes ont affirmé n'utiliser que certains volets, principalement le volet 6, lui-même parfois utilisé partiellement. La plupart du temps, le GEVA n'est utilisé que pour traiter certains types de demandes (prestation de compensation du handicap – PCH - principalement).

Quand le traitement est fait sur dossier, le GEVA est plus rarement utilisé. Le traitement sur dossier concerne le plus souvent les demandes de cartes d'invalidité et de cartes de stationnement, ainsi que les demandes d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), d'où une utilisation encore rare pour les enfants.

Le volet 6, en ce qu'il contient de manière lisible les critères d'éligibilité à la PCH, est encore perçu comme le support à l'attribution de cette prestation. Ainsi, c'est souvent un extrait du volet 6 (les 19 activités rendant potentiellement éligible à la PCH) qui fait office de GEVA et qui laisse à penser que l'équipe utilise l'outil. Même si c'est « mieux que rien », une telle pratique, en confondant également évaluation et réponse, ne saurait être considérée comme allant dans le bon sens.

*« La loi avait pour ambition de mettre la personne au centre du dispositif mais elle subit toujours la situation : par exemple dans le minutage des actes essentiels de la vie » (usager de Savoie)*

## B. Un outil de dialogue avec les partenaires

Les fondements conceptuels du GEVA placent l'évaluation de la situation de handicap de la personne au confluent d'une triple expertise : celle de la personne, celle de son entourage et celle des professionnels (dans une approche pluridisciplinaire).

L'outil est conçu pour être manipulé par cette troisième catégorie d'acteur, et en particulier les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. En recueillant les éléments fournis par les autres acteurs, en premier lieu la personne elle-même, le GEVA sert de base de dialogue entre ces expertises.

*« L'important c'est d'être écouté et que l'on prenne en compte l'avis des personnes en situation de handicap » (usager du Morbihan)  
« La personne handicapée détient une expertise de son propre handicap » (usager de Paris)*

D'autres partenaires que le binôme central, la personne elle-même et l'équipe pluridisciplinaire, interviennent tout au long du processus d'évaluation.

### 1. Les échanges avec les partenaires de l'évaluation

#### Contribution de l'UNAFAM

Le GEVA est un outil clairement positionné sur l'évaluation des besoins de la personne. Le plan personnalisé de compensation (PPC) doit pouvoir être proposé à la suite de cette évaluation.

La situation de handicap psychique peut être considérée comme un modèle de globalité des problèmes à résoudre dans la mesure où toutes les fonctions de la personne sont concernées. Trois situations particulières sont à considérer :

- La non demande : le déni de la maladie est la règle « pourquoi demander quelque chose aux services de la MDPH alors que je sais bien que je ne suis pas malade ? ». Or, justement, le déni précipite rapidement la personne en situation de handicap vers une inadaptation sociale qui rejoint la précarité.
- L'imprévisibilité de l'évolution de la maladie et du handicap dans le temps risque de rendre la démarche difficile voire impossible en dehors de la prise en considération des informations recueillies auprès de l'environnement social et familial sur le passé et l'environnement.
- L'aide pertinente et permanente de l'entourage est indispensable pour la survie au quotidien, mais aussi pour essayer de documenter les rubriques du GEVA. Le renseignement du volet 6 concernant les activités et les fonctions de la réalité quotidienne doit bénéficier de leur aide. Il est alors possible au terme de l'évaluation de faire des propositions dans le cadre d'un PPC. C'est seulement ainsi que la CDAPH sera en mesure d'effectuer la synthèse raisonnable de l'évaluation et de formuler des solutions qui auront une chance de perdurer.

Premier partenaire, l'entourage, notamment familial a toute sa place dans le GEVA sous deux angles : son avis est recueilli dès le volet identification, car indispensable pour apprécier la situation de la personne concernée. Dans certaines situations – par exemple les handicaps d'origine psychique – l'expression du projet de vie de la personne, souvent difficile, est fréquemment complétée par celle de l'entourage.

Par ailleurs, l'aide apportée par l'entourage en tant qu'aidant est précisée dans les volets 6 et 7 au titre des aides mises en œuvre. C'est ainsi que les conditions de la pérennité de l'aide apportée sont appréciées et indiquées dans l'outil, y compris la charge pour l'aidant, son état de fatigue et de santé. Le GEVA peut donc ainsi devenir un support pour une meilleure reconnaissance de l'intervention de l'aidant et sa juste place dans la compensation du handicap.

Les autres partenaires professionnels sont totalement concernés par le GEVA qui constitue en quelque sorte le « vocabulaire » de l'équipe pluridisciplinaire et même plus largement celui de l'évaluation des besoins des personnes.

La CNSA a pu accompagner et relever des pratiques départementales consistant à se servir du GEVA comme outil de transmission des informations entre partenaires et MDPH : c'est le cas du Calvados notamment sur le champ de l'emploi et de la Savoie. Cette utilisation est souvent motivée par la double nécessité de passer une commande la plus claire possible à un partenaire et de comprendre la réponse qu'il y apportera.

L'évaluation est une des missions pour laquelle la MDPH fait le plus souvent appel à des partenaires conventionnés (source Données d'activité des MDPH en 2008 – CNSA). La nécessité donc de « parler le même langage » est importante et largement partagée.

## 2. Les échanges interdisciplinaires

Le GEVA est aussi, conformément à son objectif initial, un outil de dialogue au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Son manuel d'utilisation précise en effet qu'il ne se scinde pas dans une utilisation d'un volet par professionnel, mais qu'il est au contraire destiné à être le support de l'interdisciplinarité et de l'évaluation globale partagée.

Lors de sa mise en place, plusieurs MDPH ont effectivement témoigné de ce questionnement sur leurs pratiques induit par le GEVA. Lorsque la réflexion de l'équipe a été structurée sur ce point, cela a abouti à un positionnement de chacun :

- comme observateur de l'ensemble de la situation (celui qui a rencontré la personne est « les yeux de l'équipe »)
- et comme évaluateur « spécialisé » (celui qui, par sa compétence, peut approfondir si nécessaire la démarche).

Une pratique, héritée en partie de celles des anciennes commissions, tend à se généraliser. Elle consiste à prévoir une réunion de l'équipe pluridisciplinaire en fin d'évaluation pour construire cette vision globale de la situation et des besoins, permettant de préparer le PPC et la présentation à la CDAPH. Le GEVA est souvent utilisé comme support à ce travail de mise en commun des expertises et de croisement des regards des professionnels.

## 3. Le compte-rendu à la CDAPH

Mais c'est surtout le volet 8 et la synthèse de l'évaluation qu'il permet qui sont de plus en plus utilisés. Cela s'explique par la convergence de deux attentes : celle des équipes d'avoir un support de synthèse de leur travail d'évaluation venant étayer leurs propositions et, surtout, celle des membres de la CDAPH qui demandent à disposer, comme éclairage des décisions qu'ils prennent, d'un résumé de la situation et des besoins de la personne.

Ce constat est tout à fait conforme à l'objectif du GEVA qui devait permettre de faire le point sur les besoins avant d'envisager toute réponse. La loi prévoyant que la CDAPH se prononce « sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire », le volet 8 a été construit

pour permettre à la CDAPH d'avoir les informations dont elle a besoin. Il a d'ailleurs été élaboré en 2007 à partir d'outils concrètement construits et utilisés dans les cinq MDPH ayant participé au test lors de la phase initiale de déploiement de l'outil à titre expérimental.

Le GEVA a ainsi pris sa place dans les pratiques des équipes pluridisciplinaires, sans doute du fait du travail préalable qui a été conduit avec les utilisateurs dès l'amont et surtout en aval de la promulgation de la loi.

**La légitimité du GEVA ne semble donc pas remise en cause et il apparaît dès à présent que le travail à conduire est bien un travail d'appropriation et non pas un travail de légitimation.** En effet, si les professionnels ne se sont pas totalement approprié le GEVA aujourd'hui, c'est notamment du fait des critiques qu'il continue de susciter.

## II. Les critiques restent vives mais relèvent surtout de la difficulté d'évaluer

Depuis les premiers échanges avec les professionnels des équipes pluridisciplinaires des MDPH, des critiques sont adressées au GEVA :

- Le GEVA est trop long et trop lourd à remplir
- Il n'est pas adapté aux différentes situations particulières (enfants, personnes avec un handicap d'origine psychique, ....)

Ces différentes critiques vont être examinées dans le détail dans la partie qui suit mais il convient de relever deux points d'analyse préliminaire.

Tout d'abord, ces critiques sont parfois paradoxales. L'étude CNSA sur les outils et démarches d'évaluation a en effet montré combien les attentes vis-à-vis de tels outils sont parfois contradictoires : on attend de l'outil qu'il soit simple, maniable, qu'il n'alourdisse pas le temps d'évaluation mais en même temps on attend de lui qu'il soit complet, qu'il se substitue aux autres outils et qu'il permette de décrire toute situation.

En deuxième lieu et conformément à ce qu'ont permis de mettre en lumière les études conduites à l'initiative du Conseil scientifique de la CNSA, les difficultés rencontrées par les évaluateurs sont souvent à tort imputées à l'outil et relèvent bien plus de la difficulté à conduire l'évaluation voire à maîtriser la notion même de handicap.

Nous aborderons dans un premier temps les critiques « de premier niveau » adressées au GEVA et nous étudierons ensuite les « vraies » difficultés des équipes.

### A. Les principales critiques sont à nuancer

#### 1. L'outil est lourd et complexe à utiliser

Une des premières critiques adressées à l'outil a été sa lourdeur. Les quarante pages du GEVA papier représentent en effet une masse d'informations potentielles à recueillir et renseigner. Pour étayer cette critique, il est mentionné également que la structure du GEVA, qui organise

les informations d'une manière peu naturelle pour les évaluateurs, les contraint à passer du temps à reclasser des informations réunies dans une seule et même observation.

Ainsi, l'évaluateur qui se rend à domicile posera des questions autour de l'organisation de la journée, alors que le GEVA prévoit un classement des activités en grands domaines. De même, le constat formulé de manière simple « cette personne ne peut continuer d'exercer son métier en raison d'une lombalgie qui l'empêche de lever les bras », trouvera sa traduction dans trois volets au moins du GEVA : (3b) situation par rapport à l'emploi, (4) pathologie à l'origine du handicap, (6) activité en lien avec une activité professionnelle.

Le test conduit, avant sa généralisation avec cinq MDPH, a permis de faire deux constats :

- le temps de renseignement du GEVA est « marginal » par rapport à la conduite d'une évaluation suffisamment complète et adaptée à la situation ;
- il y a un vrai « coût d'entrée » du GEVA.

Il est apparu dans les résultats quantitatifs autant que qualitatifs que deux facteurs jouent sur le temps nécessaire au remplissage : la difficulté et l'importance du recueil de l'évaluation au plus près de la personne. En effet, les informations sont parfois difficiles à collecter et la définition du handicap rappelée plus haut « oblige » l'évaluateur à élargir son approche, le conduisant à explorer des dimensions supplémentaires de la situation de la personne. Le temps, dans ces conditions, ne saurait être un facteur de moindre qualité mais bien au contraire la matérialisation de la prise en compte fine des composantes du handicap de la personne.

L'autre enseignement concerne le « coût d'entrée » dans l'outil. L'étude a montré en effet que les temps de remplissage étaient quasiment le double pour une équipe d'utilisateurs occasionnels par rapport à une équipe l'utilisant de manière plus régulière. Ces derniers, par leur connaissance des volets du GEVA, de l'emplacement des informations en leur sein, en ont une manipulation aisée. La « traduction » des informations recueillies dans le GEVA leur apparaît alors beaucoup plus évidente.

Cela signifie que s'approprier un tel outil nécessite **un réel effort de la part des MDPH** et une volonté de dépasser les difficultés initiales. Cela montre aussi à quel point **les choix d'organisation des équipes d'évaluation influent sur le niveau d'appropriation de l'outil.**

Il faut aussi reconnaître que les professionnels de l'évaluation ont traditionnellement une posture de défiance vis-à-vis des outils. Leur remplissage est considéré comme une perte de temps qui les éloigne de leur cœur de métier en relation directe avec la personne. Et l'un des reproches formulés vis-à-vis du GEVA, dans cet esprit, concerne les nomenclatures utilisées qui apparaissent par trop artificielles ou inadaptées aux experts, notamment aux médecins.

C'est ainsi que la classification internationale des maladies (CIM 10), utilisée dans le volet 4 – volet médical – est considérée dans sa version intégrale comme inadaptée par les médecins des équipes pluridisciplinaires. Comme cela est rappelé dans l'introduction de ce rapport, les nomenclatures sont définies pour permettre un langage commun. En l'occurrence, la seule nomenclature disponible pour les maladies est la CIM 10. Cette nomenclature présente l'avantage de l'exhaustivité (elle permet de décrire les maladies rares autant que celles plus courantes) et d'être utilisée également dans le champ sanitaire (PMSI notamment).

La remise en question du GEVA dans son ensemble ne saurait reposer sur la critique d'une nomenclature utilisée pour la description de la pathologie, qui ne suffit nullement à décrire la situation de handicap.

Cependant cette critique montre à quel point **l'acquisition d'un vocabulaire commun est complexe** et demande du temps. Elle illustre aussi la nécessité **d'accompagner les acteurs dans leur compréhension et leur utilisation de ce vocabulaire**. La complexité de la CIM 10 repose surtout sur la difficulté de retrouver une pathologie particulière, pour la codifier convenablement. C'est aussi de retrouver, parmi beaucoup de codes qui ne sont pas utiles, ceux qui sont les plus couramment utilisés. La constitution d'un thésaurus propre au handicap pourrait être une solution. Les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire ont placé ce thème parmi les premiers à explorer dans le cadre des groupes d'échange de pratiques. Un groupe ad hoc a d'ores et déjà tenu ses premières réunions sur le sujet.

## 2. L'outil n'est pas adapté à certaines situations

Souvent, les professionnels soulignent également l'inadaptation de l'outil à l'appréhension de certaines situations particulières et/ou complexes. Ces situations sont essentiellement celles des enfants et celles des personnes présentant un handicap d'origine psychique.

Concernant les enfants, la critique est étayée d'une part par le fait que le GEVA est issu d'une réflexion du champ des adultes (les anciennes COTOREP). Ainsi, et cela est reconnu par tous, il a certes été largement adapté pour permettre de collecter les données propres aux enfants mais n'est pas organisé et conçu comme un outil qui leur serait dédié. En outre il existe déjà, dans le champ de la scolarisation, de nombreux outils d'évaluation utilisés par les professionnels de l'Éducation nationale. En comparaison, le GEVA apparaît effectivement plus synthétique, plus général, moins centré sur la scolarisation.

Ce n'est pas l'objet du GEVA que de se substituer aux outils plus précis d'évaluation mais bien d'organiser une synthèse et un classement des informations collectées. Il est donc normal et souhaitable que le GEVA ne détaille pas tous les domaines d'évaluation de la situation de la personne. On retrouve ici un des paradoxes évoqués plus haut : il est attendu que le GEVA soit simple mais on lui reproche de manquer de précision sur certaines situations.

Mais c'est surtout l'évaluation des personnes avec un handicap d'origine psychique qui semble ne pas pouvoir être retranscrite dans le GEVA. L'évolutivité, la fluctuation des limitations d'activité ne paraissent pas pouvoir y trouver leur place.

En réalité, concernant ces situations particulières, les travaux conduits spécifiquement sur ce sujet ont montré que la difficulté réside davantage dans l'évaluation de ces situations que dans l'adaptation du GEVA. Il a ainsi été montré qu'en amont même de l'évaluation, une des caractéristiques de ce type de situation est la difficulté des personnes à formuler une demande, à exprimer leurs attentes. Un nombre certainement important de bénéficiaires potentiels des mesures en direction des personnes handicapées n'arrivent même pas jusqu'à la MDPH.

Les professionnels reconnaissent volontiers que toute situation de handicap peut être abordée à travers le GEVA. En revanche, certaines équipes rencontrent beaucoup de difficultés pour approcher la situation des personnes avec un handicap d'origine psychique.

De même, la question de la « perte de compétence sociale » est intégrable dans le GEVA, à condition que le professionnel ait pu percevoir et observer ces dimensions. Or cela relève plus souvent de la compétence de travailleurs sociaux de terrain, qui sont expérimentés dans l'approche de la notion de précarité, dimension qui pourrait échapper à des professionnels de santé non avertis et peu sensibilisés à une approche globale de la situation de la personne. Par ailleurs, les pathologies psychiatriques partagent avec les pathologies somatiques évolutives, la caractéristique d'amplifier, par leur variabilité même, la difficulté d'évaluation des conséquences sur les activités et la participation sociale.

On approche ici une autre critique formulée vis-à-vis du GEVA, **il ne permet pas de rendre compte des évolutions dans le temps, qui font pourtant partie intégrante de l'évaluation d'une situation.**

#### Contribution de l'AFM

Le principal défaut du GEVA pour les personnes atteintes de maladies neuromusculaires est l'impossibilité de prendre en compte l'évolutivité de la pathologie car il donne une photo à un moment « T ». L'équilibre trouvé suite à un plan personnalisé de compensation reste précaire. Toutefois, la prise en compte de l'évolutivité des situations ne repose pas uniquement sur le GEVA. Elle doit interroger la démarche globale d'évaluation. Par exemple, lors d'un renouvellement de fauteuil roulant, alors qu'une trachéotomie peut être envisagée à moyen terme, certaines équipes vont anticiper sur la prise en compte d'un appareil de ventilation embarqué lors de la préconisation du fauteuil, d'autres non.

Le guide n'est qu'un outil, le plus important étant bien la manière dont il est utilisé par l'équipe pluridisciplinaire.

D'autre part, des outils ou des référentiels intermédiaires manquent (ex : pour l'évaluation des enfants), permettant ainsi d'optimiser le remplissage du GEVA. Certaines MDPH ont développé des questionnaires d'auto-évaluation, reconnaissant ainsi l'expertise de la personne sur sa propre situation, cette bonne pratique est à encourager dans l'ensemble du réseau.

On peut dire, pour illustrer cette limite, que le GEVA permet de prendre des photos de la situation mais pas de faire un film. Et la manipulation papier représente alors clairement un obstacle ; l'absence d'informatisation est même reprochée à la CNSA, la question de l'appropriation pouvant être, dans certaines MDPH, conditionnée à une informatisation.

Cette question est importante. En effet, elle permet de nombreuses avancées fonctionnelles parmi les plus attendues des professionnels et des institutions :

- elle peut faciliter l'utilisation de l'outil en autorisant des passages d'une rubrique à l'autre, proposer des éditions appropriées ne présentant que les parties renseignées du GEVA ;
- elle rend possible une collecte informatique de ces données et donc une alimentation du partage d'information (outil de pilotage à destination entre autres des conseils généraux, des MDPH et des acteurs du niveau national) ;
- elle autorise la gestion de plusieurs versions : des versions de travail pouvant, le cas échéant, être partagées entre plusieurs professionnels ; des versions « arrêtées » qui, comparées les unes aux autres, rendent compte de l'évolution de la situation dans le temps.

La CNSA montre une très grande vigilance vis-à-vis d'un tel outil qui ne doit en aucun cas, selon elle, conduire à des raccourcis entre différents éléments de la situation, ni donner un « score » automatique sous quelque forme que ce soit.

La CNSA a soutenu un projet expérimental, porté par le CEDIAS, de construction d'un GEVA électronique. Il a été testé auprès de plusieurs MDPH et a montré à la fois tout son intérêt et toutes ses faiblesses. C'est ainsi un outil effectivement maniable qui permet de renseigner les informations de manière plus fluide et qui constitue un excellent support de formation et de présentation. Il est également enrichi de fonctionnalités intéressantes telles que la possibilité d'identifier en cours d'évaluation des informations manquantes et de les retrouver ensuite dans un écran de synthèse.

C'est cependant un support qui reste distinct des systèmes de gestion des MDPH et qui, en l'état, oblige à des ressaisies d'informations, ce qui pourrait constituer un frein à son utilisation par les équipes pluridisciplinaires. Il n'apporte enfin qu'une réponse partielle à la question de l'appropriation : il facilite la phase de renseignement du GEVA mais pas les phases amont de collecte de l'information. Ainsi, reste entière la question de son appropriation par les équipes (quelle place font-elles au GEVA dans leurs pratiques ?) et l'outil ne peut pas être utilisé directement comme support à l'entretien d'évaluation. Or les demandes d'informatisation du GEVA exprimées par des équipes correspondent souvent en réalité à une demande d'outil informatique à utiliser en visite à domicile, guidant l'entretien (*voir infra*).

### 3. Les outils qu'il prétend remplacer sont plus adaptés

Le GEVA, du fait de son caractère réglementaire, a été compris comme venant remplacer les outils existants ; son nom même vient accentuer cette perception. Ainsi, on l'a montré plus haut à propos des situations d'enfants, le GEVA a été considéré comme apportant une vision trop large et trop superficielle des situations.

Cette critique, on l'a dit, relève d'un contresens sur la « juste place de l'outil » notamment en regard des outils de pratique clinique qui gardent toute leur place. Pour l'exprimer d'une manière simple, on pourrait dire que le GEVA est une organisation du recueil d'informations mais pas l'outil du recueil lui-même ; il s'utilise ainsi en seconde intention. Plusieurs évaluateurs ont pu dire qu'ils le remplissent dans leur voiture après une évaluation à domicile ou une fois rentrés au bureau, comme pour un compte rendu.

Mais cette critique démontre **la nécessaire harmonisation des concepts et des vocabulaires et la nécessité de cohérence entre les outils de pratique clinique et le GEVA** (*voir infra*, la GEVA-compatibilité).

Cette critique montre aussi la **confusion entre outil et méthode**. Le GEVA devrait être une méthodologie ou, plus exactement, un support à la pratique. Or les professionnels rentrent souvent d'emblée dans une logique d'outillage avant de s'interroger sur les manières de faire. D'ailleurs l'étude d'outils présentés comme des outils cliniques montre que ce sont bien plus souvent des références de pratiques et des méthodes ; l'outil « miracle » de l'évaluation n'existe sans doute pas et même les référentiels d'éligibilité tels que le guide barème<sup>7</sup> sont en fait des références de pratiques plus que des grilles ou des algorithmes de décision.

### 4. L'outil est complexe pour la personne

Les associations de personnes handicapées ont également reproché au guide d'évaluation le fait qu'il ne soit pas compréhensible par la personne, alors même que le document central de son dossier fonde l'ouverture de certains droits et l'organisation des réponses à ses besoins de compensation.

Cette critique est justifiée lorsque la personne demande la communication des données personnelles et l'accès à son dossier. En effet, si la synthèse (le volet 8) est lisible et permet à la personne de comprendre la proposition de l'équipe pluridisciplinaire, les autres volets du GEVA ne sont pas très explicites.

---

<sup>7</sup> Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles, permettant de déterminer le taux d'incapacité pour l'accès à la carte d'invalidité et diverses prestations.

*« La demande et le dispositif de PCH restent complexes et conduisent au découragement, on a l'impression de toujours demander ... » (usager des Deux Sèvres)*

*« Cela se complexifie et les évaluations sont très « avares » en temps dans le calcul des besoins en heures d'aidant... » (usager du Morbihan)*

Il faut rappeler que le GEVA n'est pas un outil rempli par la personne, ni même rempli avec la personne handicapée. C'est bien un outil d'organisation du recueil de l'information collectée lors de l'évaluation. La personne dispose, pour s'exprimer, du projet de vie et peut bien évidemment porter à la connaissance de l'équipe d'évaluation tout élément qu'elle estime pertinent mais elle n'a pas à remplir le GEVA elle-même. Le GEVA ménage des espaces pour cette expression de la personne : les éléments complémentaires du projet de vie recueillis lors de l'évaluation (volet d'identification) et les réactions de la personne à l'évaluation (volet 8).

Enfin, dans le cadre du dispositif prévu par la loi du 11 février 2005, c'est le Plan personnalisé de compensation (PPC) qui constitue la base du dialogue entre la personne handicapée et l'équipe pluridisciplinaire sur les propositions de réponses élaborées à partir de l'évaluation des besoins.

## **5. D'autres critiques ne s'adressent pas au GEVA directement mais sont formulées à l'occasion du bilan**

On peut noter, parmi les critiques adressées au GEVA, que certaines relèvent plus d'une insatisfaction face au champ couvert par les réponses disponibles que face à l'outil d'évaluation. Ainsi il est reproché au GEVA par son large périmètre d'observation, de donner l'impression à la personne qu'une réponse à l'ensemble des besoins identifiés est possible. À cet égard, plusieurs acteurs, dont les professionnels, estiment que la loi du 11 février 2005 affiche des principes généreux, mais en décalage avec la réalité et le niveau des réponses organisées.

*« Avec le GEVA, la situation de grande perte d'autonomie est mieux prise en compte et les besoins liés à la vie quotidienne et à la vie dans la cité sont mieux identifiés mais les réponses restent quant à elles largement insuffisantes ... » (usager de Paris)*

*« La compensation, cela devrait être un état d'esprit général et naturel des professionnels et de la société et non un combat pour l'usager » (usager du Haut Rhin)*

Par exemple, il arrive que des critiques adressées au GEVA portent en fait sur la prestation de compensation et notamment ses critères d'éligibilité, dont l'appréciation, il est vrai, est directement lisible à travers le GEVA.

*« J'ai besoin d'une aide humaine pour effectuer mes tâches ménagères ... »*

*« J'ai besoin de financer mes surcoûts liés à la maternité et à la parentalité » (usagers de Paris)*

## B. Difficultés plutôt liées au processus d'évaluation lui-même

L'analyse des difficultés d'appropriation et des critiques du GEVA, ainsi que les travaux menés notamment sur la fonction d'évaluation, montrent que les difficultés tiennent avant tout à l'insuffisante diffusion d'une culture de l'évaluation.

Bien que l'évaluation soit une nécessité bien comprise des professionnels qui y concourent, force est de constater que la compréhension qu'ils en ont diverge beaucoup. Cela est sans doute dû en partie à des formations initiales distinctes et peu poussées sur cette question, et notamment sur la nécessité de la pluridisciplinarité et d'une approche globale de la situation de la personne.

### 1. Nécessité de rendre compte

Rendre compte de son évaluation, c'est s'exposer, exposer son travail et ses pratiques au regard des autres, exposer son approche du sujet. Cela participe beaucoup à la difficulté de s'approprier le GEVA. En effet, le GEVA rend tangible et explicite l'analyse de la situation qui a concouru aux propositions de décisions. Dès lors, cela signifie que le professionnel doit accepter de mettre sous le regard des autres (membres de l'équipe pluridisciplinaire, membres de la CDAPH, personne handicapée concernée), son travail et ses conclusions. Cela conduit les professionnels, notamment médecins, à changer fondamentalement leurs pratiques et passer de la posture d'expert à celle d'évaluateur dans un cadre pluridisciplinaire. Cela signifie également qu'il faut être convaincu que le dossier de la personne handicapée doit garder la trace des décisions certes, mais aussi des éléments explicites qui les ont fondées.

Dans le même ordre d'idée, c'est la pluridisciplinarité qui est certes organisée dans l'outil mais encore insuffisamment comprise et mise en œuvre par les évaluateurs. Remplir le GEVA conduit à identifier les éléments de l'appréciation de la situation dont on dispose et ceux dont un autre peut disposer. Reconnaître où sont les limites de sa connaissance n'est pas aisé, cela nécessite de définir le « commun » partageable et le « propre » à sa compétence.

### 2. Certaines évaluations sont faites très rapidement et le GEVA ne semble pas adapté à ces circonstances

L'utilisation du GEVA se heurte aussi à la réalité des situations à examiner et au temps consacré à chacune. Ainsi dans certains cas, l'évaluation se fait très rapidement et sur la base de peu d'éléments, l'utilisation du GEVA semble alors totalement inappropriée aux circonstances.

En réalité, ce n'est pas tant le GEVA qui pose problème que la nécessité d'une approche globale de la situation des personnes et, osons les mots, l'égalité de traitement. En effet, même s'il comporte quarante pages dans sa version papier, le GEVA peut recueillir toute information issue de l'évaluation de la situation d'une personne. Il y a toujours évaluation, même succincte, et le professionnel fonde sa proposition de décision sur des éléments recueillis – *a minima* – dans le dossier de la personne. Et le GEVA permet de collecter ces éléments : « ce que l'on voit, on peut le mettre ».

Ce constat de relative inadaptation du GEVA souligne avant tout que si certaines situations sont évaluées sur la base d'informations très peu nombreuses et parcellaires, d'autres situations sont au contraire approchées avec beaucoup plus de finesse et de détail. Se pose ainsi la question du choix d'évaluations différentes. Le seul critère de la prestation sollicitée (les de-

mandes de PCH entraînant une évaluation approfondie) ne saurait suffire, ni celui de la difficulté estimée de la demande, notion qui n'est pas définie.

La question des moyens est également évoquée.

*« Nous constatons qu'il y a moins de personnel MDPH, il y a saturation de demandes, le service n'est plus rendu comme il a pu l'être au moment de la mise en place de la MDPH » (usager du Gers)*

### 3. Désarroi des équipes face à des situations complexes

On l'a dit plus haut, la critique du GEVA peut recouvrir une difficulté à comprendre et évaluer les situations complexes. Ce n'est pas le GEVA en lui-même qui serait inadapté à certaines situations de handicap particulières mais l'évaluation de ces situations qui serait particulièrement complexe à conduire.

L'objectif du GEVA est de constituer une base commune de partage, qui, s'agissant de situations complexes, devrait apporter une aide plutôt qu'un frein à leur évaluation. Il importerait là encore de travailler sur les pratiques d'évaluation, comme cela a pu être conduit pour les handicaps d'origine psychique, afin d'amener les équipes pluridisciplinaires à construire des pratiques et des références communes : il y a là un vrai point d'évolution des pratiques d'évaluation.

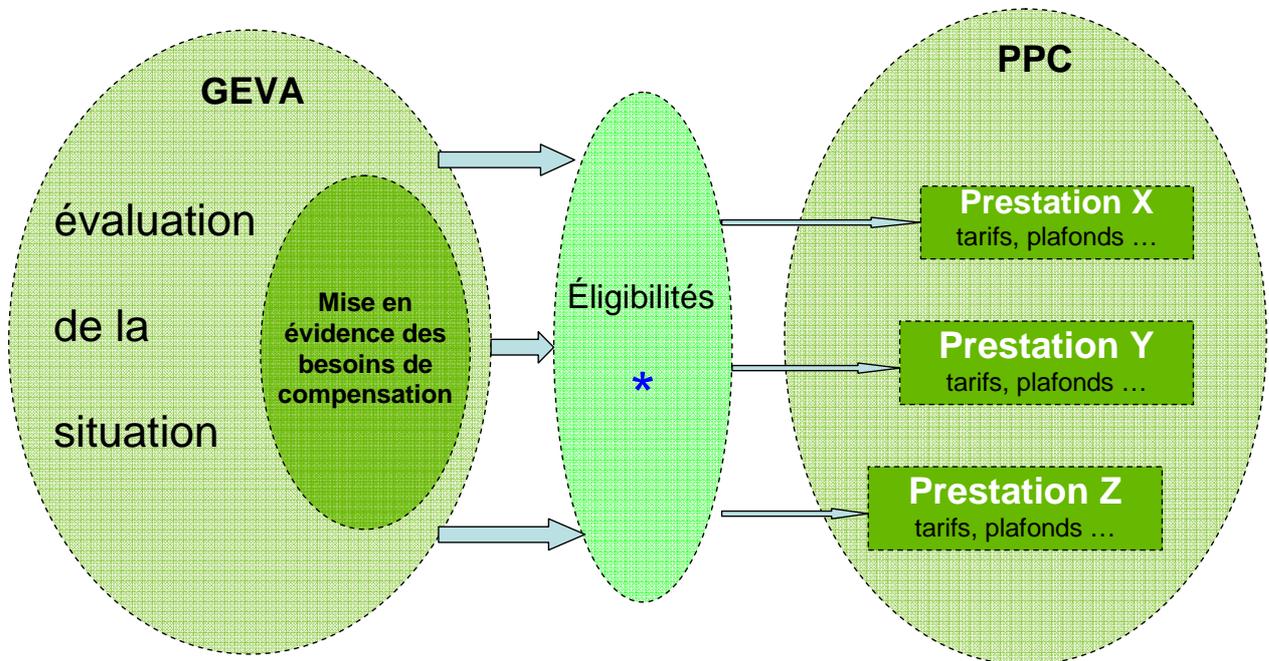
### 4. Difficultés de faire la distinction entre évaluation et préconisation

Les travaux conduits par la CNSA autour du GEVA pour analyser avec les équipes pluridisciplinaires leur appropriation de cet outil, mettent en lumière la confusion entre évaluation et préconisation ou, pour être plus précis, entre évaluation des besoins et propositions de réponses aux besoins de compensation. Certes, les deux étapes du raisonnement sont intimement liées, elles sont réalisées par les mêmes professionnels et le « fait générateur » de l'évaluation est encore – malheureusement ? – une « demande de réponse » plutôt qu'une demande d'évaluation des besoins.

Or il est essentiel, pour progresser dans la satisfaction des besoins des personnes en situation de handicap, de dépasser la seule réponse « administrative » à une demande de prestation présentée par la personne. C'est ce que prévoit la loi de 2005, avec une évaluation globale de l'ensemble des besoins qui devrait permettre à terme de distinguer trois niveaux de réponses aux besoins :

- les réponses « idéales » : ce qu'il faudrait faire s'il n'existait aucune contrainte locale de l'offre et si l'ensemble de la palette des dispositifs était disponible sur tous les territoires ;
- les propositions de réponses et décisions prises concrètement par l'équipe pluridisciplinaire et la CDAPH en tenant compte de l'existant ;
- la réalisation, avec la mise en place effective de ces réponses.

## Evaluation / Eligibilité(s) / Réponses



\*

Les critères d'éligibilité sont différents selon les prestations. Il n'existe pas de critère d'éligibilité pour toutes les prestations ou orientations. Quelques exemples de critères d'éligibilités : guide barème, référentiel pour l'accès à la PCH, guide pour l'attribution des compléments d'AEEH...

L'écart entre les décisions et les réalisations effectives, s'il mesure les listes d'attente, est insuffisant pour décrire l'ensemble des besoins non couverts. C'est en mesurant aussi les écarts entre les réponses idéales et celles décidées, que l'on peut se rendre compte de l'ensemble de ces besoins non couverts. La mise au jour de ces décisions prises « par défaut » en fonction de l'existant fait apparaître une sorte d'autocensure par les professionnels des MDPH.

Mais si cette distinction essentielle n'est pas faite, l'évaluation devient une simple appréciation de critères d'éligibilité, une vérification que la personne handicapée rentre dans des cases bien définies, et non pas une réelle approche de ses besoins. Dès lors, les informations nécessaires à collecter pour évaluer et les informations qui seront restituées se limiteront aux critères d'éligibilité, le GEVA apparaît alors comme inadapté et trop lourd. Or il contient certes les critères d'éligibilité ou les principaux éléments permettant de les apprécier mais aussi beaucoup d'autres éléments de la situation de la personne. Ainsi, plusieurs équipes pluridisciplinaires ont imaginé des « GEVA simplifié » qui sont, en fait, une extraction du GEVA ne comportant que les critères d'éligibilité, souvent à la seule PCH d'ailleurs.

De même, à la sortie du texte réglementaire, des évaluateurs ont demandé si le GEVA avait vocation à remplacer le guide barème, ce qui illustre bien la confusion entre évaluation et réponse réglementaire à une demande. Le GEVA est l'outil de l'appréciation des besoins et il sert d'appui à l'application des référentiels d'éligibilité tels que le guide barème. Le GEVA n'est pas l'outil de l'attribution de la PCH... Autant de messages qui doivent continuer à être répétés.

On le voit, l'appropriation du GEVA passe d'abord et avant tout par **l'appropriation de la fonction d'évaluation**. La place qu'on fera à l'évaluation dans les pratiques professionnelles, en amont de la recherche des réponses, sera celle du GEVA.

## 5. La prééminence d'une vision biomédicale du handicap et la nécessité d'une culture commune sur le handicap

Il ne faut pas oublier que le GEVA trouve son fondement dans la loi du 11 février 2005 qui représente un fort changement culturel et prend acte d'une définition du handicap plus proche des travaux scientifiques de l'OMS, portant des conceptions interactives du handicap prenant en compte l'environnement. Ainsi, le législateur a voulu résolument sortir d'une vision biomédicale qui fait du handicap une caractéristique intrinsèque de la personne et insister sur l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux dans la production du handicap.

Pour autant, cette vision n'est pas, loin s'en faut, partagée. On parle encore de « types de handicap », on évoque encore, dans les textes autant que dans le vocabulaire courant, une personnalisation du handicap, de la même façon que l'on parle des maladies comme d'un attribut exclusif de la personne.

Les formations professionnelles initiales voire continues des évaluateurs ne sont pas « mises à niveau » sur ce point, en particulier pour les médecins. Car il faut évoquer leur place dans les équipes pluridisciplinaires, en lien avec cette évolution de l'approche du handicap.

Dans les équipes techniques des anciennes COTOREP et CDES, les médecins disposaient d'une sorte de prééminence liée à la conjonction de la conception biomédicale du handicap (le handicap est la conséquence d'une pathologie et s'analyse en tant que tel) et l'application du droit régissant le secret médical. Ainsi, c'était le médecin qui « disait le handicap ». L'utilisation du guide barème et la fixation du taux étaient, en pratique, ses prérogatives quasi-exclusives.

Le GEVA, conceptuellement aligné sur la CIF et, pour une part, sur les théories québécoises de la production du handicap, vient relativiser la seule approche médicale, la plaçant du côté d'une partie des causes, celles des altérations de fonctions. Pour aboutir à une vision globale de la situation de handicap de la personne dans son environnement, des compétences croisées de professionnels de différentes disciplines non exclusivement médicales sont nécessaires.

Ainsi, ce que met en lumière le GEVA, c'est la nécessaire complémentarité des regards sur la situation. Son appropriation passe d'abord et avant tout par **l'appropriation de la définition du handicap et ses conséquences**. La place du GEVA dépend aussi de cette compréhension, y compris de la part des usagers.

*« On a parfois le sentiment qu'après avoir été déshabillé « médicalement » on vous déshabille « socialement » : pour faire valoir nos droits, on doit justifier de tout ce que l'on possède ou de ce que l'on ne possède pas ! On a l'impression d'être tout le temps suspect ... »  
(usager du Gers)*

## 6. L'organisation des équipes par demande et non à partir du projet de vie de la personne

L'analyse des organisations montre à quel point celle-ci est une condition essentielle de l'appropriation.

Les choix organisationnels sont complexes et dépendent de facteurs multiples : humains, historiques, culturels ... On peut toutefois dégager deux tendances : l'organisation autour de la demande et l'organisation autour du projet de vie.

Dans les deux cas, les MDPH ont majoritairement mis en place des cellules d'orientation, d'évaluation de premier niveau ou de tri, selon les vocabulaires plus ou moins heureux qu'elles ont choisis. Cette cellule est chargée d'analyser la complétude du dossier et de préparer le traitement par les équipes pluridisciplinaires.

Le premier type d'organisation, en fonction des demandes, est hérité des organisations précédentes : ce mode d'organisation conduit à orienter les dossiers des personnes et à constituer les équipes pluridisciplinaires en fonction des demandes formulées par la personne. Ainsi, certaines demandes font l'objet d'une évaluation systématique à domicile, d'une rencontre avec un travailleur social, un ergothérapeute... et du remplissage ou non du GEVA. Car cette organisation opte pour des circuits courts et des circuits plus longs (cf. paragraphe sur l'adaptation du GEVA à des évaluations dites rapides). Dans les circuits courts, la priorité est mise sur la proposition d'une décision au regard de la demande formulée et moins sur l'évaluation approfondie de la situation en vue de l'élaboration d'un plan global et personnalisé de compensation. Dès lors le GEVA apparaît comme une « perte de temps » alors même qu'il est d'autant plus nécessaire pour permettre, le cas échéant, de retrouver des éléments déjà vus ou de garder une trace d'éléments de la situation qui ne sont pas directement nécessaires à l'appréciation de l'éligibilité.

Le second type, privilégiant l'orientation du dossier en fonction du « projet de vie » ou de ses « dominantes », autorise une utilisation du GEVA plus systématique et plus proche de sa finalité. En effet, la cellule d'orientation peut, comme c'est le cas dans certaines MDPH, pré-remplir le GEVA avec les éléments déjà présents dans le dossier, ce qui permet de mieux orienter la demande.

Ensuite, le GEVA peut être l'outil support d'un recueil des informations qui n'est plus limité aux seuls critères d'éligibilité mais à toute information en lien avec les attentes exprimées par la personne, qu'elles soient directement liées à une demande formelle dans le champ de compétence de la CDAPH ou pas.

Force est de constater que certaines des organisations actuelles sont plus ou moins compatibles avec la philosophie et l'usage du GEVA.

### III. Une utilisation des leviers existants, à poursuivre et à diversifier

Après avoir dressé ces constats sur l'appropriation du GEVA, dont le principal est que le GEVA trouvera d'autant mieux sa place que la fonction d'évaluation trouvera la sienne, il convient de proposer la mobilisation des leviers existants pour accompagner ces évolutions. Le comité de suivi de l'appropriation et le groupe de pilotage du GEVA qui l'a précédé ont déjà engagé et accompagné nombre d'actions qui sont à poursuivre ou à diversifier. C'est le sens de cette partie de prospectives ou de propositions que d'envisager une mobilisation de moyens nouveaux en complément de ceux déjà activés.

#### A. Les leviers déjà activés et à intensifier

##### 1. Études et colloques sur l'évaluation

Pour accompagner le changement et la construction d'une culture commune de l'évaluation, des études et des colloques ont été mis en place par la CNSA, à l'initiative de son Conseil scientifique. Ces travaux et ces événements avaient pour vocation d'aider à la compréhension de la nécessité du changement en donnant à voir les pratiques telles qu'elles se mettent en place concrètement dans les équipes et en identifiant les écarts avec des pratiques standards ou celles que les textes prévoient.

À cet égard les premières journées scientifiques sur l'évaluation<sup>8</sup> ont permis de dresser un état des lieux, avec un éclairage international, sur les besoins de changements ainsi que les leviers disponibles.

##### 2. Formation

Dès 2006, la nécessité de former les équipes au GEVA et à l'évaluation en général s'est fait ressentir. Demande des MDPH mais aussi des associations représentant les personnes handicapées, ce premier levier du changement a été organisé dans le cadre du plan de formation des MDPH, animé par la CNSA.

La formation est sans doute le mode d'accompagnement des pratiques et de construction de culture commune privilégiée des professionnels et le plus sollicité. Il faut toutefois être conscient de ses limites :

- la formation ne suffit pas à faire évoluer un professionnel et elle l'est encore moins si elle n'est pas accompagnée d'une organisation, d'outils, de reprise collective des fondamentaux ;
- elle nécessite une certaine disponibilité des équipes qui doivent pouvoir quitter leur poste de travail deux à trois jours, ce qui n'est pas toujours faisable ;
- elle représente une « prise de risque » pour le manager : les professionnels risquent d'entendre un autre message que celui qu'il a pu délivrer jusqu'alors.

---

<sup>8</sup> Les actes de ces journées sont disponibles [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=742](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=742)

En ce qui concerne le périmètre des formations, il a été délibérément choisi, lors de la constitution du plan de formation, avec l'appui de l'Institut de Formation Recherche Animation Sanitaire et Social (IFRASS), sur la base des demandes des directeurs de MDPH, d'approcher les deux notions : l'évaluation pluridisciplinaire et le GEVA.

Concernant le dispositif, ces deux thèmes ont été pris en charge, comme les autres thèmes identifiés, d'abord par des formateurs relais puis par des organismes référencés<sup>9</sup>.

Les **formateurs relais**, au nombre de deux, sont intervenus pour sept sessions en 2007 et pour trois au début de 2008, touchant au total centre trente-quatre professionnels dans treize MDPH. Toutes les formations organisées dans ce cadre ont touché des équipes de plusieurs MDPH ensemble ; c'était le choix de la CNSA de permettre la confrontation des pratiques et des cultures entre professionnels mais aussi entre départements.

Ensuite, des appels à proposition ont été rédigés pour **référencer des organismes de formation** sur les deux thématiques suivantes : *lot 1* – évaluation pluridisciplinaire et *lot 2* – GEVA. Ces appels à proposition, publiés sur le site de la CNSA, ont été rédigés avec le concours de l'IFRASS, des experts de la CNSA et des formateurs relais. Deux organismes ont été référencés pour le *lot 1* par la commission de référencement et cinq pour le *lot 2*. Pour ces formations, une liberté était laissée aux MDPH de définir les modalités (en interne à la MDPH ou avec d'autres équipes d'autres départements). Chaque formateur GEVA a bénéficié d'un transfert de connaissances organisé par la CNSA.

Le premier résultat de cette démarche a été de faire évoluer les organismes de formation sur leur approche du GEVA et de l'évaluation. En outre, cela a permis de montrer que le secteur de la formation professionnelle pouvait se mobiliser sur ces thèmes avec, il est vrai, peu de candidats sur le GEVA lui-même, outil récent et peu connu.

La sollicitation par les MDPH des formations référencées a été relativement modeste, bien que la demande de formation à l'outil GEVA soit toujours très forte.

La CNSA a décidé en juillet 2009 de réunir tous les formateurs GEVA pour faire le point. Ainsi est apparue la nécessité pour former convenablement :

- de renforcer la légitimité des formateurs mais aussi du GEVA lui-même (en insistant sur l'obligation réglementaire) ;
- d'adopter une approche très pratique, à partir de situations concrètes, avec une démonstration de l'utilisation du GEVA sur ces cas. Pour ce faire, le logiciel GEVA en cours de développement informatique sera aussi mobilisé dès sa mise à disposition.

Les notions d'évaluation et de GEVA commencent également à prendre leur place dans des cursus de formation initiale ou continue, notamment à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), dont il convient de saluer l'engagement fort sur ce point (formation de futurs directeurs d'établissement ou d'inspecteurs des affaires sociales notamment).

---

<sup>9</sup> Sur le site de la CNSA : [http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=128](http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=128)

## UTILISATION DU GEVA – MDPH 87

La formation au GEVA, suivie par l'équipe pluridisciplinaire suite à la parution du décret, a permis un état des lieux de ses pratiques, bonnes ou moins bonnes, et mis en exergue une faiblesse de la mise en commun des informations en interne.

Un comité de pilotage s'est mis en place et l'équipe pluridisciplinaire s'est mobilisée dans son intégralité pour incorporer le GEVA dans le processus d'évaluation. Compte tenu des conditions de travail difficiles, le GEVA a été perçu comme complexe et trop lourd à utiliser tel quel. L'expérimentation a toutefois servi de déclencheur pour des échanges sur nos pratiques d'évaluation et le recueil des données et pour un meilleur travail en pluridisciplinarité.

Nous avons donc décidé de fabriquer en interne de nouveaux outils de recueil de données, basés sur les points saillants du GEVA, applicables à toute demande et semblant actuellement convenir au processus d'évaluation de notre MDPH, jusqu'à la décision de la CDAPH. En parallèle, nous utilisons des outils d'aide à la décision pour la PCH issus de l'ancien volet 8 et créés avec les équipes conventionnées.

Nous avons créé à partir du GEVA, avec les partenaires extérieurs deux documents de liaison permettant une mise en commun des informations relatives au demandeur, notamment dans le cadre de l'avenant à la convention entre le Service Public de l'Emploi et la MDPH. Des documents pour les échanges de données avec les établissements et services sont en cours d'élaboration.

En complément de ces actions de formation, la CNSA continue de se rendre fréquemment dans les départements à la demande des MDPH pour travailler avec les équipes sur les notions d'évaluation<sup>10</sup>.

**Ces actions de formations doivent être poursuivies** car elles constituent un vecteur nécessaire quoique non suffisant du changement. On pourra suggérer de **favoriser les interventions par des organismes de formation** plutôt que par la CNSA directement même si, comme cela a été dit plus haut, la légitimité des formateurs nécessite d'être consolidée.

Ces formations doivent également **s'élargir aux partenaires des MDPH pour l'évaluation**, publics actuellement peu touchés et qui doivent connaître voire maîtriser le GEVA. Il faut répéter qu'un des enjeux de l'appropriation et de la généralisation du GEVA comme référence pour l'appréciation des besoins de compensation est que la MDPH soit en mesure de compiler les informations connues de ses partenaires. Celles-ci pourraient d'ailleurs être remplies directement dans un GEVA.

### 3. Développements d'outils

Pour favoriser l'appropriation du GEVA, il est apparu nécessaire de construire des outils qui lui sont complémentaires et doivent contribuer à sa meilleure utilisation :

- en fiabilisant son remplissage ;
- en évitant une utilisation inadaptée du GEVA ;
- en favorisant une meilleure compréhension de sa place et de son rôle.

C'est ainsi qu'a été construit le **guide de cotation des capacités fonctionnelles**. L'objectif de ce guide est d'aider les équipes pluridisciplinaires à apprécier la capacité fonctionnelle pour les

<sup>10</sup> Ces rencontres consistent à travailler notamment sur les relations entre les équipes pluridisciplinaires et les CDAPH et sur la place du GEVA dans leurs pratiques.

dix-neuf activités du référentiel PCH<sup>11</sup>, base de l'éligibilité à la prestation de compensation. Pour cela, il a été nécessaire de définir précisément chacune des activités (inclusions et exclusions) et d'aider à approcher les cotations de ces items.

Cet outil permet de fiabiliser le renseignement d'une partie du volet 6 du GEVA et écarte une des critiques adressée à mauvais escient au GEVA : « *il est inadapté parce que les capacités fonctionnelles, qui constituent essentiellement des critères d'éligibilité de la PCH, sont difficiles à apprécier* ». Cet outil a également un autre avantage, et non des moindres : il permet aux équipes de mieux approcher l'évaluation de la situation de personnes avec un handicap d'origine psychique. En effet, pour chaque activité, le détail des cotations des niveaux de difficulté précise chaque fois que nécessaire le cas des personnes avec un handicap d'origine psychique.

Dans un même ordre d'idée, **le certificat médical**<sup>12</sup> a été refondu pour permettre, notamment, de mieux remplir le GEVA et de favoriser le dialogue entre le médecin traitant (voire l'équipe soignante) et l'équipe d'évaluation. Le nouveau certificat médical s'inscrit également dans la logique des nouveaux formulaires. Il vise à simplifier les démarches de demande auprès de la MDPH en ciblant au plus près les informations qu'il est utile de recueillir auprès du demandeur, sans redondance avec les éléments recueillis par ailleurs au cours de l'évaluation et venant renseigner le GEVA.

Pour l'appropriation du nouveau certificat médical par les acteurs du soin, des actions seront conduites par la CNSA dans le dernier trimestre 2009 :

- Au niveau national, une campagne de sensibilisation des professionnels médicaux à travers des instances comme le Conseil national de l'ordre des médecins, les conférences nationales des présidents d'URML, des présidents de CME des différents types d'établissements de santé, comme les collèges d'enseignants du second cycle des études médicales et les organismes de formation médicale continue.
- Au niveau local, une sensibilisation peut être utilement conduite par les professionnels des équipes pluridisciplinaires des MDPH en direction de leurs partenaires de terrain, afin de relayer les messages relatifs à la qualité du remplissage de ce certificat médical. Pour ce faire, la CNSA a proposé aux coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires la construction commune d'outils de communication adaptés aux diverses occasions de sensibilisation qu'ils rencontrent, voire suscitent, dans leur département.

Par ailleurs, des outils d'aide à la préconisation doivent également se développer et ainsi appuyer la prise de conscience par les équipes de la nécessaire distinction entre évaluation et réponse aux besoins de compensation.

Être convaincu que le GEVA n'est que le support de l'évaluation permet de s'affranchir d'une vision erronée d'outil universel de l'équipe pluridisciplinaire pour l'ensemble de ses missions.

#### 4. Échanges de pratiques

En complément des formations et des constructions d'outils, la CNSA a fait en sorte de développer des échanges de pratiques autour de l'évaluation et du GEVA. En effet il convient, sur ces thématiques, de ne pas être normatif mais de plutôt faire la démonstration par l'exemple de l'utilisation possible et des conditions pour que cela fonctionne.

---

<sup>11</sup> Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation, annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles

<sup>12</sup> Disponible sur le site [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=419](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=419)

C'est ainsi qu'ont été instituées des réunions régulières de coordonnateurs où sont présentés systématiquement des exemples d'organisations départementales de l'évaluation, en précisant la place qu'y occupe le GEVA et au cours desquelles sont abordées ponctuellement des questions techniques relatives à l'évaluation.

En outre, lors de l'étude conduite sur la fonction d'évaluation par les cabinets Deloitte, TNS et 2i Conseil, des échanges de pratiques autour de l'évaluation ont pu être organisés.

Cette pratique des échanges entre professionnels, réguliers ou lors de travaux ponctuels, est à poursuivre et à intensifier.

#### UTILISATION DU GEVA – MDPH 06

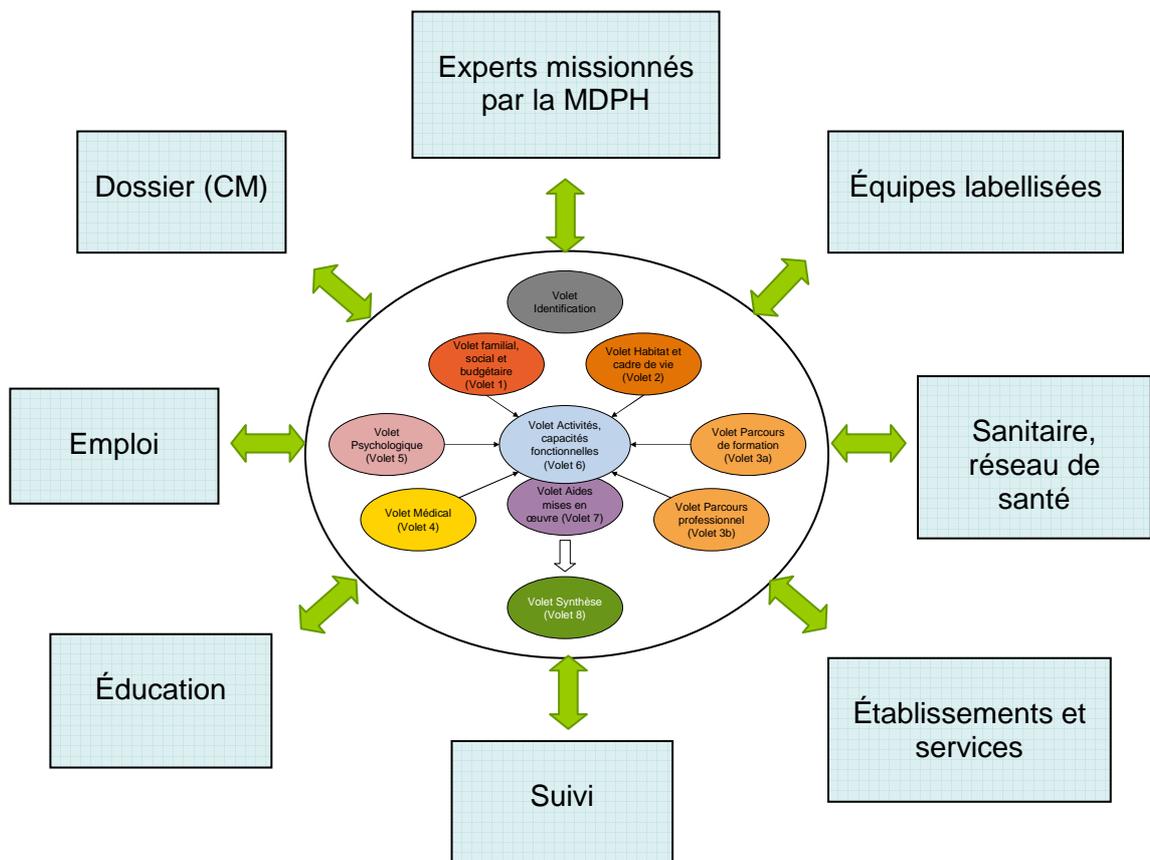
##### **Extraits de témoignages des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire :**

« Le GEVA est un outil très complet. Il a de ce fait le défaut de ses qualités : il est lourd d'utilisation et chronophage. » ... « Il impose au rédacteur comme au lecteur une vision globale plus que le recueil synthétique d'éléments permettant d'attribuer telle ou telle prestation. Il répond par là au désir de l'utilisateur d'être perçu comme une personne plus qu'un diagnostic. » ... « Pour nombre de demandes, que ce soit allocations, cartes, orientations..., il n'apparaît pas facilitant et le temps mobilisé est peu compatible avec la charge de travail. » ... « Bon outil quand on peut prendre le temps de le remplir entièrement. » ... « Il nous aide au niveau de la rédaction de la synthèse et ainsi on n'oublie rien. » ... « Pas assez précis pour certains items » ... « Difficultés pour l'évaluation des enfants »... « L'outil est maintenant maîtrisé et intégré par l'équipe, ce qui lui permet de mener l'entretien en sachant aller chercher l'information sans se servir de l'outil papier...donc entretien fluide et constructif... »

## 5. La GEVA compatibilité

Le terme « GEVA compatibilité » regroupe toutes les actions de rapprochement entre le GEVA et des outils d'évaluation ou qualifiés comme tels. De manière simple, il s'agit de vérifier dans quelle mesure les outils utilisent les mêmes concepts et le même vocabulaire que le GEVA. L'objectif, développé plus haut, est double :

- faire en sorte que l'information circule le mieux possible entre l'équipe pluridisciplinaire et ses partenaires ;
- accompagner une éventuelle informatisation du GEVA prenant en compte l'articulation avec un outil de recueil de données d'évaluation (déjà présent ou développé par un partenaire de terrain) opérationnel et informatisé, capable de *restituer les données sous la forme d'un GEVA*.



La GEVA compatibilité s'entend « dans les deux sens » : entre un outil d'évaluation et le GEVA, il convient de faire en sorte que l'outil puisse restituer les informations sous forme de GEVA totalement ou partiellement rempli et que les informations du GEVA puissent s'intégrer facilement dans l'outil considéré. C'est la réciprocité du dialogue qui est recherchée.

Force est de constater que ce « concept », inventé par la CNSA, rencontre un écho très enthousiaste auprès des professionnels et des concepteurs d'outils. C'est le signe que la volonté de partager les données relatives à la situation de handicap d'une personne est très forte mais beaucoup reste encore à faire. A cet égard, le GEVA remplit parfaitement sa mission de référence pour le vocabulaire à utiliser (la fonction dictionnaire) et de base de dialogue entre professionnels.

La CNSA a ainsi été conduite à soutenir et/ou suivre plusieurs projets :

- **Sous l'angle du développement de l'enfant :**  
AIRMES est un système informatique développé par l'association AIR (Dr Monique Martinet) et qui équipe plusieurs établissements accueillant des enfants handicapés. L'outil, en plus d'une fonction de gestion de connaissance, recueille des données sur l'évolution et les acquisitions des enfants. L'équipe de conception et de développement de l'outil étudie, avec l'appui de la CNSA, la possibilité de restituer les données gérées dans l'outil sur la situation des enfants, sous la forme d'un GEVA.
- **Sous l'angle sanitaire :**
  - OSE et HOLE sont deux outils développés dans le cadre du CHRU de Clermont-Ferrand par le Dr Didier Vernay pour l'accompagnement des personnes atteintes d'une sclérose en plaques. Recueil de données simple pour l'évaluation pour OSE, outil d'auto-évaluation pour HOLE, les deux outils sont en cours d'informatisation. Dans ce cadre, l'équipe développe, avec le soutien de la CNSA, une restitution des informations sous la forme d'un GEVA ainsi que la possibilité de saisir directement des informations dans un GEVA informatique.
  - Le projet du réseau PERINICE, développé dans la région Nord – Pas de Calais, vise à l'intégration dans un dossier médical partagé, d'un onglet « handicap » permettant, avec l'accord de la personne concernée, un accès pour le médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, à l'information pertinente concernant la situation de handicap vécue du fait d'une incontinence.
- **Du côté des établissements médico-sociaux :**
  - Yumi Technology, société de développement de logiciels libres, équipe, avec son logiciel Vision Sociale, près de 400 établissements médico-sociaux et permet, entre autres fonctionnalités, d'assurer un suivi des usagers et de leurs besoins. Très souple, le logiciel intègre, à la demande des clients, des grilles de recueil de données très diverses. Yumi a travaillé d'abord seul, puis avec quelques échanges avec la CNSA, sur deux axes : l'intégration du GEVA comme une des grilles de recueil de données (logique de saisie électronique du GEVA) et le développement d'un module de mise en compatibilité des grilles développées (il s'agit de décider, au moment où une nouvelle grille est intégrée dans l'outil, du niveau de compatibilité des items et cotations).
  - Un projet est à l'étude avec l'APF qui, dans le cadre du renouvellement de son système de suivi des personnes accueillies dans ses structures d'accompagnement, prévoit l'intégration du GEVA à moyen terme.

Ces projets sont en cours de suivi et de réalisation. On peut cependant proposer ici quelques premiers enseignements des travaux déjà conduits :

- La GEVA compatibilité des outils et grilles avec les volets 1 à 5 et le volet 7 ne pose de problèmes que pour les raisons suivantes :
  - Périmètre couvert par l'outil différent du GEVA : certaines informations du GEVA ne sont pas présentes dans l'outil clinique considéré car son objet n'est pas de les collecter. Dans ce cas, l'outil peut, le cas échéant, s'enrichir de nouvelles données mais la GEVA compatibilité est jugée satisfaisante, on ne cherchera pas forcément à faire évoluer l'outil dans ce sens si l'utilisateur de terrain n'en a pas le besoin dans sa pratique.
  - Les nomenclatures utilisées sont différentes, pour des items proches. On retrouve ici les questions du vocabulaire employé. Il s'agit alors de faire en sorte d'aligner les formulations, les modalités de réponses, sur celles du GEVA.

- Les niveaux de précision peuvent être différents. Le GEVA étant un outil destiné à synthétiser les informations sur une situation, il est normal que des outils ad hoc soient plus détaillés sur certains points. Parfois aussi, des items sont abordés uniquement de manière générale par l'outil, alors qu'ils sont plus détaillés dans le GEVA. Dans ces situations, il faut procéder à un arbitrage point par point et, selon les cas, enrichir l'outil de nouveaux items qui faciliteront le rapprochement avec le GEVA, imaginer une règle de passage entre l'outil et le GEVA (et inversement) ou constater une non compatibilité sur ce point.
- l'adéquation est beaucoup plus problématique pour le volet 6 « activités ». En effet, ce volet est le plus emblématique de la manière d'approcher la situation de handicap, en cohérence avec la définition qui en est donnée dans la loi du 11 février 2005. Ainsi il existe plusieurs types de difficultés, plus ou moins bloquantes :
  - Les items peuvent ne pas être nommés de la même manière. Il s'agit essentiellement d'une question de vocabulaire mais à cet égard, le GEVA est assez complexe et il n'est pas aisé de déterminer dans le détail le sens de chacun des items d'activité. La référence à la CIF peut permettre de rapprocher certains items, mais le GEVA lui-même s'en éloigne parfois.
  - Les niveaux de détail ne sont pas les mêmes (*voir supra*).
  - Les cotations sont différentes : les cotations des niveaux de réalisation sont quasiment systématiquement différentes ce qui demande un travail très complexe de mise en correspondance. Ces différences manifestent bien plus qu'un simple problème de formulation, il s'agit souvent d'une question de fond dans l'approche même de la notion de cotation.
  - Des différences d'approche de l'évaluation du handicap. Les concepts de la CIF, l'approche environnementale ne sont pas toujours adoptés ou bien le regard sur la situation est différent : on parlera par exemple, dans une visée développementale, de niveau d'acquisition, quand le GEVA approche le niveau de réalisation (et le niveau d'aide humaine associé).

Pour toutes ces raisons, la GEVA compatibilité sur ce volet s'apparente davantage à un rapprochement d'items qu'à une transcodification simple. On peut identifier trois types de compatibilité :

- la correspondance totale ou quasi-totale : on détermine qu'un item évalué dans l'outil correspond majoritairement et exclusivement à un item du GEVA, on peut alors faire correspondre les items ; ce cas est relativement rare *a priori*.
- Le rapprochement d'items : sans décider au préalable de la correspondance, on fait en sorte de restituer au destinataire du GEVA les informations issues en clair de l'outil dans leur forme initiale et de les faire apparaître en regard des items du GEVA qui s'en approchent le plus pour faciliter ainsi l'appréciation de cet item. Cela vaut en particulier pour des niveaux de détails différents entre les deux outils et quand un arbitrage de la cotation GEVA - direct et systématique par algorithme à partir des informations de l'outil de base - s'avère trop hasardeux.
- La non compatibilité : certains items, parce que trop éloignés du GEVA, pourront être restitués à part mais sans les mettre en regard d'items du GEVA.

Ces constats et propositions ne sont que provisoires car ces projets, dont les porteurs vont être amenés à partager leurs constats et approches, ne sont pas encore achevés. Cette approche de la GEVA compatibilité semble néanmoins de nature à faire avancer de manière très forte l'appropriation du GEVA. Le projet d'informatisation de la saisie du GEVA porté par le CEDIAS (*voir supra*) vient alimenter cette approche de la GEVA compatibilité, notamment par les limites

rencontrées à l'occasion de la construction de ce « GEVA électronique » dans les possibilités d'échanges de données entre professionnels. Il est intéressant que les deux démarches, GEVA électronique et GEVA compatibilité, soient menées en cohérence et complémentarité.

## B. Prospective

L'appropriation du GEVA participe d'une logique de conduite du changement qu'il convient d'accompagner, sur la base des constats réalisés et des actions présentées dans le présent rapport. La partie qui suit a pour objet de présenter les pistes envisageables pour poursuivre et intensifier les actions en faveur de l'appropriation du GEVA. Des leviers d'action sont encore disponibles, il est pertinent de les actionner, après validation, notamment par le Conseil scientifique de la CNSA.

En particulier, la nécessité d'adapter qualitativement et quantitativement l'évaluation à la situation et aux attentes de la personne conduit à proposer des travaux autour de la définition du juste niveau d'investissement de l'équipe pluridisciplinaire pour le remplissage du GEVA. En effet, il n'est pas question d'utiliser la totalité du GEVA pour toutes les situations mais de définir pour chacune le juste niveau des informations nécessaires.

Dans ce cadre il pourrait être envisagé de développer les pratiques déjà mises en place par de nombreuses MDPH. Il s'agit, à l'arrivée du dossier, de confier à une équipe restreinte (en général 2 ou 3 personnes), la responsabilité de définir les modalités et le niveau d'approfondissement nécessaire pour l'évaluation. Cette analyse initiale de la situation et des attentes de la personne sur la base des premiers éléments accompagnant la demande, permet déjà un pré remplissage du GEVA.

### 1. S'appuyer sur la généralisation de la synthèse à la CDAPH

Le volet 8 du GEVA, volet de synthèse de l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, vise à mettre en évidence les points saillants apparus lors de l'évaluation, les éléments nécessaires pour déterminer les éligibilités aux différentes prestations en fonction de leurs critères propres d'accès. Il vise aussi à aboutir à une description des besoins de compensation identifiés dans les différents domaines de la vie en vue de l'élaboration du plan personnalisé de compensation rassemblant les réponses à ces besoins.

Les constats ont montré que les équipes commençaient souvent l'appropriation par ce dernier volet du GEVA. Cette synthèse correspond de fait à une exigence partagée entre l'équipe pluridisciplinaire qui doit résumer ses constats et la CDAPH qui en a besoin pour justifier ses décisions. Il semble donc tout à fait pertinent d'intensifier les actions d'appropriation en travaillant sur les synthèses que présentent les équipes pluridisciplinaires aux CDAPH.

Un échange de pratique sur le sujet, ainsi qu'un travail sur le rapprochement de ces synthèses avec celle proposée par le GEVA pourraient constituer un bon préalable à ces actions. L'arrêté instituant le GEVA pourrait également faire mention explicitement de cette synthèse et de son intérêt.

Ensuite, en partant de la synthèse, il est possible de « remonter » pour identifier les sources des informations à y faire figurer. Cela conduit ainsi à reconstituer une partie du GEVA et à démontrer son utilité par la pratique.

## 2. Faire évoluer le GEVA

L'appropriation du GEVA nécessite davantage un accompagnement des pratiques d'évaluation qu'une évolution du document. Ainsi, **il ne semble pas indispensable d'envisager une évolution majeure du texte réglementaire**. Toutefois, dans un souci de simplification et pour « corriger » certains points, on peut préconiser de modifier le texte sur les points suivants :

- Le volet 6 pourrait être simplifié, notamment sur l'identification des facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles (cotation « HTLSA ») qui ne mérite sans doute pas à ce stade d'être détaillée par activité et pourrait n'être spécifiée qu'au niveau du domaine. En outre, les « services » (S) sont difficilement distinguables des aides humaines (H).
- Dans le volet 8, un élément de synthèse relatif à la situation liée à l'habitat pourrait être ajouté.

Mais, plus encore qu'une évolution du texte réglementaire, **une mise à jour du document graphique serait tout à fait la bienvenue**. Rappelons que cette version graphique est une application, sous responsabilité de la CNSA, du texte réglementaire, une simple suggestion de présentation. Après un an d'utilisation, on peut identifier des facilités d'utilisation à intégrer dans la version proposée :

- rapprochement d'items ou de groupes d'items ;
- élargissement de certaines zones à renseigner ;
- repositionnement des aides mises en œuvre en rapport avec les activités, etc.

En complément de ces travaux, un suivi dynamique de l'appropriation pourrait être mis en place sous la forme d'un « forum » pour la remontée par les professionnels des équipes pluridisciplinaires, de leurs remarques sur le GEVA et des améliorations attendues.

## 3. Construire des outils complémentaires

L'appropriation du GEVA passe aussi par un outillage complémentaire, dans le double intérêt de fiabiliser le renseignement du GEVA et de ne pas « faire faire au GEVA ce pour quoi il n'est pas conçu ». Certains outils ont déjà été développés, notamment l'aide à la cotation des capacités fonctionnelles.

Parmi les outils à développer en complément, il pourrait s'agir des suivants :

- **Une aide à la cotation CIM 10 des pathologies** : cette cotation pose problème (*voir supra*) et représente un des freins à l'appropriation de l'outil par les médecins. Des travaux sont engagés dans le cadre du groupe des coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire pour :
  - construire un thésaurus propre au handicap, regroupant les principaux codes utilisés ;
  - établir des règles de codage pour les professionnels ;
  - diffuser des outils d'aide au codage.
- **Une aide à la cotation de l'ensemble des activités** (sur le modèle de l'outil d'aide à la cotation des capacités fonctionnelles mais élargi à l'essentiel des activités). Cet outil aurait l'avantage de proposer des définitions précises pour chaque activité et d'éviter ainsi les contre-sens. Il pourrait également faciliter les opérations de « GEVA compatibilité ». En outre, en guidant la cotation du niveau de réalisation, il serait de nature à améliorer la prise en compte de la problématique propre à certains types de situation de handicap, comme celles des personnes avec un handicap d'origine psychique. Ce tra-

vail de grande ampleur pourrait débiter sur certains domaines ou groupes d'activité dans un premier temps.

- **Un ou des guides d'aide à la préconisation** qui auraient pour vocation d'aider les équipes à construire les PPC. Ils pourraient ainsi comprendre :
  - des exemples de PPC réalisés par les équipes pluridisciplinaires<sup>13</sup> ;
  - le rappel des textes réglementant les principales prestations ;
  - des référentiels pour certaines réponses (travaux en cours pour l'élaboration d'un guide d'aide à la décision pour l'attribution de la PCH logement, ...).
- **Des outils pour le fonctionnement de l'équipe d'évaluation** (ce que l'on a appelé le « fil rouge ») permettant d'organiser le travail de l'équipe (mobilisation d'expertises notamment) et de documenter la manière dont s'est passée l'évaluation, ainsi que de suivre son déroulement (en attente d'éléments par exemple).
- **Une aide à l'analyse initiale des données d'évaluation disponibles au moment d'une demande auprès de la MDPH**, *i.e.* détermination pour chaque dossier du type et du niveau de précision de l'évaluation à conduire. Cet outil pourrait être construit sur la base des critères déjà utilisés par les équipes de « pré-tri » pour orienter les dossiers et déterminer les modes d'évaluation.

#### 4. Conduire une nouvelle étude en situation du GEVA

Le test du GEVA, avant la publication du texte réglementaire, a permis de mesurer en situation réelle la manière dont les équipes utilisaient la version du GEVA proposée en 2006 et les difficultés qu'elles rencontraient. La mesure de la reproductibilité des cotations a été notamment très riche d'enseignements.

Reproduire une telle étude aurait le double avantage :

- d'évaluer cette appropriation en complément du présent rapport et d'y apporter quelques mesures quantitatives ;
- d'identifier les « progrès » ou les acquis en comparant les deux études.

En outre, une telle étude permettrait de mesurer les apports du GEVA pour une meilleure prise en compte des besoins. Il pourrait par exemple être intéressant d'apprécier si les réponses aux besoins sont plus adaptées, plus satisfaisantes quand elles sont élaborées sur la base d'un GEVA. Observer aussi ce que la lecture de plusieurs GEVA, élaborés pour une même personne à chaque révision de la situation, permet de mettre en lumière quant à son évolution.

---

<sup>13</sup> Voir l'étude réalisée par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) avec le soutien de la CNSA.

## 5. Poursuivre les échanges avec les MDPH sur leur organisation

### Contribution de l'APF

L'outil GEVA et ses modalités d'utilisation obligent les professionnels à porter un nouveau regard sur la personne en situation de handicap et à interroger ou réinterroger leurs pratiques. Les différents volets du GEVA, de l'identification à la fiche de synthèse, l'inscrivent dans les différentes missions de la MDPH (de l'accueil au PPC jusqu'au suivi des décisions) qui sont pertinentes et interdépendantes pour garantir le droit des personnes.

L'appropriation de la « boîte à outils » GEVA par les équipes ne suffit pas si la fonction d'évaluateur n'est pas, elle aussi, interrogée. Les personnes en situation de handicap sont très anxieuses de devoir justifier de leur situation et de leurs besoins et appréhendent souvent ces rencontres avec les professionnels. Un réel effort doit être entrepris par les équipes pour respecter leur fonction d'observateur d'une situation et de recueil d'informations afin de permettre l'exercice d'un droit et éviter ainsi de devenir un « juge et contrôleur » des besoins.

La diversité des organisations des MDPH est liée en grande partie aux caractéristiques très diverses des départements : taille, caractéristiques sociodémographiques, géographie, histoire locale des institutions, choix politiques et organisationnels du conseil général, positionnement institutionnel de la MDPH (très intégrée au conseil général ou au contraire très indépendante) etc. Les choix d'organisation peuvent se révéler facilitateurs ou obstacles à l'appropriation du GEVA.

Cela implique un travail à mener avec les MDPH sur les organisations mises en place pour conduire les évaluations et identifier la place qu'elles font au GEVA dans ce cadre. Les échanges de pratiques, régulièrement organisés avec les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, sont un des moments privilégiés pour le conduire.

Pour aller plus loin cependant, une **analyse plus objective, voire systémique, des organisations** serait sans doute pertinente pour parvenir à identifier avec précision, en tenant compte des caractéristiques des contextes locaux, les freins à l'appropriation du GEVA liés aux organisations et, au final, déduire des préconisations « d'organisations GEVA-compatibles ».

## 6. Faire connaître le GEVA aux autres partenaires institutionnels nationaux et locaux

Le GEVA est un outil de dialogue entre la MDPH et ses partenaires. L'une des clés de son appropriation réside donc dans ce « remplissage » conjoint MDPH / partenaires, des informations.

Pour que ce partage soit possible, il faut sans doute intensifier l'information et la diffusion du GEVA auprès des partenaires des MDPH.

- L'Education nationale : des actions sont à promouvoir pour que les enseignants référents, les équipes de suivi de la scolarisation, s'interrogent sur la « GEVA compatibilité » de leurs outils de recueil d'informations et conduisent un travail de mise en cohérence. Le projet de cartographie des flux entre les MDPH et les inspections académiques en vue de l'élaboration d'un système d'information organisant leurs échanges trouve ici toute sa pertinence. En effet, un des enjeux stratégiques de ce projet vise l'amélioration des articulations nécessaires entre les acteurs d'un même territoire, en l'occurrence le département. C'est à cette fin qu'apparaît nécessaire la compatibilité des outils utilisés par les acteurs de l'Éducation nationale avec le GEVA.

- Les réseaux d'établissements et services (sanitaires et médico-sociaux) sont aujourd'hui peu sensibilisés au GEVA, même si les choses évoluent. C'est, pour l'instant, essentiellement via la GEVA-comptabilité d'outils que les établissements et services s'y intéressent éventuellement. Cette « porte d'entrée » est tout à fait pertinente et adaptée mais elle ne saurait rester la seule. Si les MDPH ont l'occasion de présenter l'outil aux établissements avec lesquels elles sont en relation, il semble indispensable d'avoir une approche plus globale, auprès des organisations nationales par exemple.
- Plusieurs catégories de professionnels associés aux évaluations conduites par les MDPH devraient aussi être accompagnées : les médecins libéraux, médecins du travail notamment, mais aussi les ergothérapeutes, les infirmiers, les travailleurs sociaux.
- Enfin, le GEVA n'est sans doute pas encore assez connu également des associations et des autres membres des CDAPH. Certes quelques formations sont disponibles mais elles sont encore assez peu sollicitées. Mais cela avance. Par exemple, l'APF réfléchit d'ores et déjà à intégrer ces formations dans le cadre des plans de formation continue des professionnels de ses services.

Ces différentes présentations/informations devront prendre en compte à la base les « idées reçues » et les attentes que les interlocuteurs formulent à propos d'un outil d'évaluation. Ainsi, le GEVA est souvent attendu comme un outil de mesure du handicap ou de constitution de groupes homogènes de besoins. Il est nécessaire de le resituer notamment par rapport à la loi de 2005, à la définition du handicap, aux missions des MDPH et de leurs équipes pluridisciplinaires.

## 7. Aller plus loin dans la « Geva compatibilité » d'outils et pratiques cliniques

Le GEVA n'a pas répondu à l'attente forte de la part des équipes, d'un outil d'aide à l'évaluation, notamment lors de l'évaluation à domicile. Les difficultés d'appropriation de l'outil sont, en partie, liées à cette question restée sans réponse. Il serait donc opportun de travailler sur les outils dits de pratique clinique, utilisés par les différents professionnels et selon les situations. Ainsi, pourraient être envisagés :

- un recensement des outils utilisés et une approche de leur GEVA compatibilité ;
- l'élaboration d'un consensus, de préférence formalisé selon les méthodes recommandées par la Haute autorité de santé (HAS), sur les pratiques à retenir ;
- la diffusion des outils les plus adaptés et les plus intéressants ;
- la construction d'outils manquants, le cas échéant.

Les auteurs de ce rapport sont conscients du caractère illusoire de la notion d'outil universel : le paysage est constitué d'une mosaïque d'outils que justifie, en partie, la grande diversité des situations à considérer, et des professionnels qui les utilisent. De plus, les acteurs de terrain sont *a priori* réticents à la production d'une « directive » nationale.

Pour autant, dans l'esprit de l'échange de pratiques mais aussi avec l'objectif d'encourager l'égalité de traitement entre les personnes et entre les départements, un travail sur les outils concrètement utilisés en appui de l'évaluation semble un axe d'amélioration de l'appropriation du GEVA tout à fait pertinent.

## Conclusion

On peut retenir une idée forte, clé de l'appropriation : **le GEVA n'est pas un outil mais bien un guide**. On insistera donc sur l'importance de le positionner effectivement en tant que soutien à la construction d'une pratique d'évaluation, support à la démarche et non pas comme outil à suivre opérationnellement pas à pas.

Il est important de rappeler que le GEVA n'est pas tout : pour soutenir cette compréhension de la place réelle du GEVA, il apparaît nécessaire de développer des outils d'évaluation opérationnels appuyés sur les pratiques des équipes sur le terrain (voir en annexe « Du guide à des outils d'évaluation partagés par tous »).

En aval de la démarche d'évaluation et afin de bien la distinguer de la notion d'élaboration des réponses, des outils d'aide à la préconisation devront être développés.

Il faut souligner également que le travail d'accompagnement porte certes sur le guide lui-même mais s'avère encore plus nécessaire en amont sur la fonction d'évaluation.

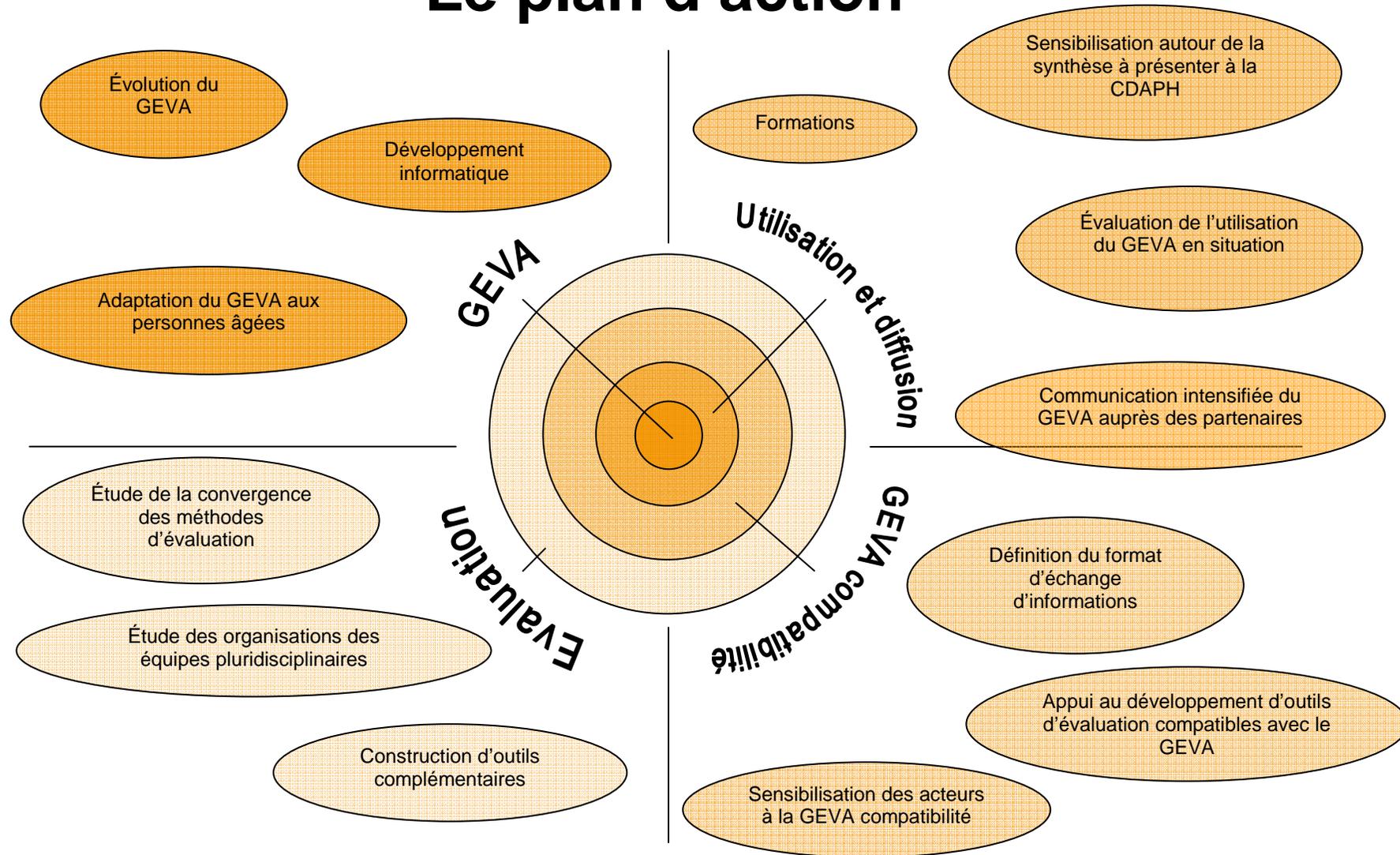
Les évolutions envisageables du guide à proprement parler sont relativement circonscrites en l'état actuel de la réglementation. Elles pourraient s'avérer autrement plus nécessaires suite à quelques réformes en cours d'étude telles que la mesure de l'employabilité, l'évolution de l'AAH, de la PCH enfants ou la convergence personnes âgées/personnes handicapées.

En revanche, pour tenir compte de critiques formulées, une adaptation du format graphique serait pertinente rapidement, à réglementation constante et pour un coût relativement limité.

Ce rapport insiste sur l'importance des actions d'accompagnement, du travail « autour » du GEVA, comme leviers de l'appropriation.

Les auteurs du rapport préconisent que ces actions soient organisées sous la forme d'un plan d'action à deux ans (proposition des grandes lignes ci-après), présenté au Conseil scientifique de la CNSA ainsi qu'aux ministères concernés et au CNCPPH, et que ce plan soit lancé sous le pilotage du groupe de suivi de l'appropriation du GEVA. Concernant ce groupe, il apparaît également indispensable d'en renforcer la composition et la légitimité, principalement en garantissant une représentation plus soutenue et plus intense des conseils généraux et des MDPH.

# Le plan d'action



## Annexes

### Du guide à des outils d'évaluation partagés par tous : expérience de construction d'un logiciel GEVA

Jean-Yves Barreyre<sup>14</sup>, Juin 2009

---

La structure et le contenu du guide d'évaluation des besoins de compensation sont pertinents et pédagogiques. Ils permettent de former les équipes pluridisciplinaires à une approche globale de la situation des personnes inscrites dans leurs environnements, en accord avec l'esprit de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

Il conviendrait certes de modifier les critères d'éligibilité notamment pour intégrer le caractère variable des troubles psychiques qui n'entrent pas dans la logique « capacité par capacité », en introduisant la notion de « troubles envahissant du fonctionnement » ou celle de « fonctions exécutives » (voir rapport « Évaluer les situations de handicap d'origine psychique<sup>15</sup> »).

De même, il convient de prioriser l'approche globale ou situationnelle à une approche volet par volet ou activité par activité.

Mais l'architecture générale du guide et la cohérence des différents volets s'avèrent, dans la pratique, suffisamment complètes et articulées pour convenir à toutes les situations de handicap.

Enfin, le guide ne se comprend que dans le cadre d'une réorganisation territoriale de l'action sociale et médico-sociale, avec la possibilité de mobiliser les ressources sanitaires et sociales de terrain, la fonction de veille exercée par les services d'accompagnement et la mise en place pour certaines situations aux évolutions rapides et/ou aléatoires, de référents de parcours afin de permettre une grande réactivité du système « évaluation-accompagnement-soins » (cf. rapport cité ci-dessus).

Le hiatus de départ a sans doute consisté à confondre « guide » et « outil ».

Ce hiatus apparaît notamment entre le schéma en forme de fleurs proposé dans le manuel du GEVA, dans lequel le volet 6 concernant les capacités et activités quotidiennes est placé logiquement au centre, et l'usage pratique que l'on peut faire du guide sous forme papier lorsque l'on entre les informations à partir des informations à disposition : les premières informations concernent l'identification, la demande, les données médicales et quelques éléments sur la structure familiale et l'habitat. La forme papier n'incline pas à interroger ces premiers éléments à partir du volet 6, c'est-à-dire en considérant ces informations à partir des habitudes de vie des personnes.

Plus problématique, dans le volet 6, les différents environnements sont notés comme facilitateurs ou obstacles en les réduisant à des lettres (H pour aides humaines, L pour logement, T pour aides techniques, etc.) alors que ce dont a besoin une équipe d'évaluation, c'est d'une déclinaison de ces facteurs en les notifiant en clair. Il semble que les concepteurs aient plutôt pensé aux futures statistiques qu'ils pourraient récupérer de ces formes de notification qu'à l'efficacité de l'évaluation.

La mise en chantier du logiciel GEVA a permis, sur la base de l'évaluation de situations concrètes, de prendre la mesure de ce hiatus et de construire, à partir du guide et sans le réduire ou le

---

<sup>14</sup> Membre du groupe – conseil du réseau francophone sur la CIF et les classifications internationales, membre du comité de pilotage GEVA, membre du Conseil Scientifique de la CNSA, conception du logiciel GEVA, directeur du CEDIAS

<sup>15</sup> CEDIAS, Jean-Yves Barreyre, Carole Peintre, Décembre 2008, CNSA

déformer, un outil pragmatique et efficace du point de vue de son objectif : l'évaluation de la situation. Il permet notamment de passer rapidement d'un volet à l'autre, d'interroger en permanence les volets informationnels par celui des habitudes de vie ou des activités et situation (volets 1, 2, 3, 4, 5, 7 versus volet 6).

Il permet d'autre part de faire remonter simultanément les informations importantes en synthèse. Ces possibilités ont été reconnues comme pertinentes par les équipes d'expérimentation des MDPH qui ont participé au test du logiciel. Celles-ci ont par ailleurs apporté des modifications notables en matière de report et d'ergonomie pour faciliter la préparation du Plan Personnalisé de Compensation.

Mais ce passage du guide à l'outil a ouvert aussi deux perspectives très intéressantes pour la CNSA : la possibilité de construction d'un outil en direction des établissements et services médico-sociaux et la possibilité de construction d'un outil d'évaluation « cinquième risque », au-delà de la barrière des âges.

Pour les structures médico-sociales, la base par volet et les synthèses pourraient structurer un logiciel plus adéquat à leurs besoins : on pourrait ainsi décliner le volet médical en divers sous-volets cliniques, le volet psychologique en sous chapitres descriptifs, le volet 6 en sous-volet éducatif. Le volet « aides mises en œuvre » pourrait être déplacé après la synthèse et s'intituler « plan personnalisé d'accueil et d'accompagnement ». Enfin, on pourrait laisser le volet plan personnalisé de compensation (PPC) en le transformant, pour préparer les futures demandes de réévaluation ou de réorientation.

En ce qui concerne les personnes de plus de soixante ans, nos premières investigations montrent tout l'intérêt de l'architecture et des différents plans d'aide (intérêt moindre naturellement pour les volets 3a et 3b, encore que...). La préparation des plans d'aides aux personnes âgées pourrait ainsi se doter d'un outil qui n'existe pas aujourd'hui, les équipes d'évaluation « personnes âgées » utilisant le plus souvent la grille AGGIR qui est une grille d'éligibilité et non une grille d'évaluation. Une étude comparative entre GEVA, Angélique et InterRai par exemple, serait nécessaire aujourd'hui, à partir de mêmes études de cas.

## **L'évaluation des besoins des personnes - Synthèse des travaux pilotés par la CNSA en 2007 et 2008**

Réalisée par Typhaine Mahé - CNSA

---

Ces travaux ont été pilotés par les équipes de la CNSA et la commission « évaluation des besoins des personnes » du Conseil scientifique de la CNSA. Les synthèses et rapports sont disponibles sur le site : [http://www.cnsa.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=142](http://www.cnsa.fr/rubrique.php?id_rubrique=142)

### **Les pratiques d'évaluation: une étude des organisations et des représentations**

*Par les cabinets Deloitte, 2i Conseil et TNS Healthcare*

Commandée par la CNSA en 2007, l'étude avait comme objectif global d'analyser les pratiques, les méthodes et les perceptions de la fonction d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie dans différents secteurs (personnes âgées, personnes handicapées, à domicile et en établissement). L'étude, suivant essentiellement une approche qualitative, n'avait pas vocation à être représentative mais à recueillir la diversité des pratiques et des expériences vécues.

Sur le plan méthodologique, quatre volets ont structuré l'étude : un premier volet sur l'organisation des structures et des pratiques d'évaluation, un deuxième volet sur l'étude de cent vingt-quatre situations d'évaluation des besoins des personnes, et un troisième volet sur le recueil de perceptions de la fonction d'évaluation par les professionnels et les usagers (seize monographies). Le quatrième volet était un recueil de données quantitatives sur l'activité de l'évaluation, sur la base d'un questionnaire adressé aux équipes des conseils généraux et des maisons départementales des personnes handicapées. En complément de ces volets, des groupes de travail ont été organisés en région pour débattre des premiers résultats, dégager les difficultés rencontrées par les professionnels et identifier les facteurs facilitant la mise en œuvre de l'évaluation des besoins.

L'étude s'est déroulée dans onze départements, diversifiés sur le plan socio-démographique : les Alpes-Maritimes, l'Ile-et-Vilaine, l'Indre-et-Loire, la Marne, la Sarthe, la Vienne, l'Essonne, le Gers, les Ardennes, les Yvelines, la Seine-et-Marne. Par ailleurs, les groupes de travail organisés en région ont mobilisé d'autres départements, limitrophes à ceux mentionnés ci-dessus. Enfin, l'ensemble des conseils généraux et des maisons départementales pour personnes handicapées de France métropolitaine et d'outre-mer a été sollicité sur le volet quantitatif, pour répondre au questionnaire sur l'activité d'évaluation.

Une grande diversité d'acteurs locaux, concernés par l'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie, a été rencontrée, à savoir : les équipes médico-sociales départementales, les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales pour personnes handicapées, les professionnels des établissements et services médico-sociaux et du secteur associatif. Quelques partenaires des secteurs sanitaire, de l'éducation, de l'insertion professionnelle et des aides techniques ont également été sollicités.

### **Principaux enseignements**

Globalement, l'étude met en évidence une divergence importante entre les modes d'évaluation des besoins des personnes âgées et ceux des personnes handicapées. Cette divergence se traduit en termes d'organisation, de pratiques, de compétences mobilisées et de vécu de l'évaluation.

Les principaux résultats portent sur les cinq axes suivants :

1- Les concepts, les référentiels et les lois semblent être compris différemment par les professionnels de l'évaluation, ce qui peut conduire à une hétérogénéité des pratiques d'un département à l'autre mais aussi au sein d'une même équipe d'évaluateurs. Par conséquent, les acteurs de l'évaluation expriment des attentes fortes, de la part de la CNSA notamment, quant à la définition et à la diffusion d'un langage commun pour éclaircir certains points réglementaires, définir la « fiche de poste » de l'évaluateur, ou encore par exemple pour harmoniser les pratiques.

2- Sur le plan de l'organisation interne et des relations partenariales, l'étude souligne une déperdition des informations transmises, une faible mobilisation des données déjà existantes, l'absence de relais d'informations et un manque de repères quant à la définition du rôle de chacun des acteurs de l'évaluation au niveau local. Les modalités de transmission, d'utilisation et de partage des informations ne sont pas optimales et les relations entre les différents partenaires semblent nécessiter une meilleure articulation.

3- Concernant la place de l'utilisateur, trois constats sont dégagés : les usagers n'ont pas la maîtrise suffisante de l'environnement institutionnel et de l'offre disponible, les besoins du demandeur ne sont pas évalués dans le cadre d'une « trajectoire des besoins » mais à l'instant « T », les demandeurs expriment le besoin d'avoir un interlocuteur unique et identifié au sein de la MDPH ou du conseil général.

4- Le facteur humain, présent dans l'évaluation, semble difficile à gérer pour les évaluateurs. Afin de les y aider, il conviendrait de leur apporter une meilleure connaissance des degrés d'acceptation de la perte d'autonomie par l'utilisateur, de leur apporter des bases pour prendre une certaine distance personnelle, mieux gérer l'attitude d'empathie (qui a un impact sur leurs pratiques) et clarifier les rôles entre ce qui relève de l'évaluation et ce qui relève de l'accompagnement.

5- Enfin, des hypothèses, posées en début d'étude, n'ont pas été confirmées : la pratique d'évaluation est bien fonction du type de demande et non du type de handicap ; l'évaluation objective n'existe pas mais dépend des représentations individuelles et elle est surtout réalisée en prenant en compte les aides disponibles au niveau territorial ; le moment de réalisation de l'évaluation en établissement est difficilement perceptible tant par les usagers que par les évaluateurs car l'évaluation est diffuse dans le temps.

### **Les outils et démarches d'évaluation des besoins des personnes**

#### **Par les équipes de la CNSA**

Face à un foisonnement d'outils d'évaluation, associés à des démarches particulières, l'objectif était de les caractériser et d'étudier en particulier les finalités visées et les dimensions abordées. Par ailleurs, la CNSA souhaitait établir un état des lieux de l'utilisation des outils par les professionnels et des difficultés qu'ils rencontraient. Ce travail n'avait pour objectif d'évaluer la qualité des différents outils ni de les comparer entre eux en termes d'avantages et d'inconvénients.

En retenant quelques outils pour ces travaux, il s'agissait non de réaliser un inventaire exhaustif des outils et démarches mais d'illustrer une diversité d'outils permettant l'évaluation individuelle des besoins de compensation des personnes handicapées et des personnes âgées. Ces outils avaient été retenus parce qu'ils étaient soit réglementaires et obligatoires en France (AGGIR et GEVA), soit largement utilisés à l'étranger et en test en France (RAI, SMAF, MHAVIE), soit enfin des outils en cours de développement en France ayant des spécificités particulières (DESIR plus axé sur une démarche qu'un outil, EGS ODGAM plus proche de la clinique, GE-MAPA et MAP comme des extensions de la grille AGGIR, HOLE et OSE comme outils d'auto-évaluation).

Afin de caractériser ces outils, un recueil d'informations a été mené depuis fin 2006 à fin 2008 auprès des concepteurs et d'utilisateurs au travers d'une fiche de questionnement. L'ensemble des concepteurs et quatre-vingt-seize professionnels utilisateurs ont participé à l'étude en renseignant cette fiche.

### **Principaux enseignements**

Ce recueil d'informations a permis de dégager plusieurs façons de catégoriser les outils d'évaluation. Si l'on retient leur nature et/ou leur finalité première, trois grandes familles peuvent être ainsi définies :

- les outils permettant d'établir l'éligibilité des personnes à certaines prestations ;
- les outils de recueil d'informations d'ordre essentiellement clinique ;
- les outils et démarches d'observation partagée prenant en compte la globalité de la personne et de sa situation.

Mais les outils peuvent aussi être déclinés selon le degré d'implication de l'utilisateur dans le processus d'évaluation, comme le propose d'ailleurs le cabinet ASDO, avec ces quatre familles d'outils :

- les outils renseignés par les professionnels (la personne peut exprimer son projet de vie mais via d'autres outils que ceux de l'évaluation) ;
- les outils liés à l'offre de services ;
- les outils basés sur la parole et les attentes (le projet de vie constitue le socle de l'évaluation) ;
- les outils d'auto-évaluation (les usagers expriment leurs difficultés et leurs besoins).

Certains outils/démarches peuvent élargir à plusieurs de ces familles mais aucun d'entre eux ne répond à toutes les finalités : il n'existe pas d'outil idéal.

Si les perceptions et les modes de caractérisation des outils diffèrent selon les professionnels, les attentes à leur égard sont multiples et tendent à converger. Mais les attentes des professionnels sont contradictoires avec les besoins qu'ils mettent en avant et les difficultés exprimées dépendent moins de l'outil que des cultures et pratiques professionnelles. En fait, il semble qu'il ne suffise pas de disposer d'outils : les outils ne « font pas tout », ils viennent en appui d'une démarche.

### **Étude portant sur les perceptions, par les usagers, des outils et démarches d'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie** *Par le cabinet ASDO Etudes*

Dans un contexte de prise en compte de la personnalisation des besoins des personnes en perte d'autonomie et de développement des outils d'évaluation, il était nécessaire de prendre en compte le point de vue des « usagers ». On entend par « usagers », les personnes handica-

pées et les personnes âgées, mais aussi leurs proches, faisant l'objet d'une évaluation de leurs besoins de compensation pour bénéficier d'un accompagnement et/ou d'une prestation, réalisée par des professionnels au moyen d'outils.

L'étude visait ainsi à recueillir auprès des usagers et de leur environnement leurs expériences des différents outils d'évaluation, à restituer leurs perceptions de l'évaluation des besoins et à préciser la plus-value des outils ainsi que leurs limites du point de vue des usagers. Elle n'avait pas pour objectif d'être représentative mais de recueillir la diversité des expériences vécues.

Quatre-vingt-trois situations d'évaluation ont été étudiées auprès de personnes handicapées et de personnes âgées, la plupart du temps accompagnées d'un membre de leur famille ou d'un aidant professionnel, et auprès de professionnels concernés par l'évaluation. Les observations et entretiens se sont déroulés à domicile, en établissement et quelques-uns dans les maisons départementales des personnes handicapées – MDPH – lors de séquences d'évaluation réalisées au moyen d'outils. Ces outils étaient ceux que la CNSA avait retenus dans le cadre de ses travaux, c'est-à-dire : AGGIR, GEVA, DESIR, SMAF, RAI, MAP, GEMAPA, OSE, HOLE et EGS ODGAM.

### **Principaux enseignements**

Dans de nombreuses situations, la démarche d'évaluation est méconnue par les usagers, particulièrement lorsqu'ils sont en établissement. Quant aux outils, soit ils sont complètement invisibles pour la personne, soit ils sont peu présentés. Les usagers sont rarement en posture d'acteurs dans le processus d'évaluation de leurs besoins ; ils expriment plutôt un sentiment d'« ignorance » ou de « passivité » face à l'outil et à la démarche. Par ailleurs, les usagers s'intéressent spontanément davantage aux conclusions du processus d'évaluation qu'à la séquence évaluative proprement dite.

En outre, lorsque les professionnels sont interrogés sur la place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation, cette question leur semble complexe et conditionnée par des contraintes organisationnelles. La priorité n'est pas de réfléchir aujourd'hui à la place de l'utilisateur mais de professionnaliser les équipes, d'homogénéiser les pratiques, de délivrer des services et des prestations de manière la plus équitable possible en respectant les délais prévus par la loi. Si les outils ont des finalités différentes, ils influencent peu les pratiques professionnelles consistant à prendre en compte la parole des usagers dans la démarche d'évaluation.

Les échanges issus de cette étude témoignent de la nécessité de réfléchir à la place que peut occuper l'utilisateur dans les démarches d'évaluation et d'accompagnement de la personne. Cette réflexion devrait sans doute reposer sur la mise en œuvre systématique du droit à l'information, sur la création de protocoles d'utilisation des outils et du déroulement des séquences d'évaluation et sur le développement d'échanges de pratiques entre professionnels.

## Appropriation du Guide d'évaluation multidimensionnelle par les équipes pluridisciplinaires des MDPH du Calvados, de la Manche et de l'Orne

Accompagnées par le Centre régional d'études et d'actions pour l'insertion (CREAI) de Basse-Normandie

---

A l'initiative des trois maisons départementales des personnes handicapées – MDPH – du Calvados, de la Manche et de l'Orne, le CREAI de Basse-Normandie a proposé un projet d'accompagnement de leurs équipes pluridisciplinaires dans le renforcement de leur appropriation du Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), élaboré pour répondre aux exigences de la loi du 11 février 2005. Ce projet a été conduit sur seize mois, en 2007 et 2008, dans un contexte de mise en place des MDPH, avant même que le GEVA ne soit rendu officiel.

Ce projet<sup>16</sup> avait pour objectifs majeurs de :

- sensibiliser les équipes pluridisciplinaires des MDPH et les associations représentant les personnes handicapées, au sens et à la mise en œuvre de la démarche d'évaluation multidimensionnelle (de la formulation du projet de vie à l'élaboration du plan personnalisé de compensation),
- créer une culture commune de l'évaluation,
- permettre l'appropriation du guide par les évaluateurs,
- dégager des bonnes pratiques en matière de sensibilisation et de formation des équipes à l'utilisation de ce guide.

### *Méthodologie*

Le projet s'est déroulé suivant une approche qualitative (groupes de travail) et quantitative (questionnaires auprès des directeurs/coordonnateurs des MDPH et des évaluateurs).

Les étapes du projet s'articulent autour de l'analyse des pratiques et des difficultés rencontrées par les professionnels, d'une réflexion/formation des équipes sur la démarche d'évaluation et la prise en compte de la parole des personnes handicapées, d'une expérimentation du guide et d'une sensibilisation des associations.

### *Principaux enseignements*

La démarche d'évaluation (son organisation, son sens, la façon de positionner la personne handicapée et l'évaluateur dans le processus) fait finalement davantage l'objet de divergences de point de vue et de difficultés que l'outil GEVA en tant que tel. Quand elles sont directement liées à l'outil, les critiques ciblent les informations manquantes et/ou inadaptées, notamment aux besoins des personnes handicapées psychiques et aux besoins de scolarisation des enfants.

A contrario, l'utilisation du GEVA aide à structurer les échanges lors de l'évaluation, à changer le regard sur les personnes handicapées et sur les pratiques d'évaluation et à améliorer l'organisation de l'intervention des évaluateurs.

---

<sup>16</sup> Rapport prochainement disponible sur [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

Pour les associations représentatives des personnes handicapées, le GEVA contribue à favoriser à la fois l'égalité de traitement des demandes des personnes handicapées, l'efficacité et la pluridisciplinarité de l'évaluation des besoins et des attentes à partir des projets de vie.

Afin de renforcer l'appropriation de la démarche d'évaluation et du GEVA, il est proposé :

- 1) de définir une charte commune aux évaluateurs définissant les principes éthiques de l'évaluation des besoins, réalisée par les professionnels avec la participation des personnes handicapées,
- 2) d'élaborer un livret de présentation de la démarche d'évaluation,
- 3) de réaliser un cahier des charges visant la labellisation d'équipes d'évaluation qui pourront être mobilisées par les MDPH, développant ainsi un réseau de compétences.